



Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

**A Intervenção do Enfermeiro na Promoção da Gestão
da Utilização dos Ecrãs na Criança dos 0 aos 5 Anos**

Nursing Intervention on Screen Time Management in Children Aged 0 to 5
Years

Nuno Alexandre Nogueira de Oliveira



Lisboa

2024



Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Relatório de Estágio

**A Intervenção do Enfermeiro na Promoção da Gestão
da Utilização dos Ecrãs na Criança dos 0 aos 5 Anos**

Nursing Intervention on Screen Time Management in Children Aged 0 to 5
Years

Nuno Alexandre Nogueira de Oliveira



Orientadora: Tânia Alexandra de Almeida Martins de Almeida e Silva



Lisboa
2024

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

"By three methods we may learn wisdom: first, by reflection, which is noblest; second, by imitation, which is easiest; and third, by experience, which is the bitterest"

Confúcio

"Education is teaching our children to desire the right things"

Platão

"Man is most nearly himself when he achieves the seriousness of a child at play"

Heráclito

AGRADECIMENTOS

Ao terminar este percurso, é indispensável que fique registado neste relatório final o agradecimento às pessoas que, de uma forma ou de outra, foram essenciais a que o pudesse percorrer.

A todos os professores do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que contribuíram de forma indelével para o meu crescimento e desenvolvimento profissional. Obrigado

Aos colegas de curso, pelos momentos de trabalho, lazer, concentração e descompressão e pelo apoio e entreajuda. Obrigado.

Aos colegas de trabalho, pela ajuda na logística (difícil) do horário e pela insistência para que (finalmente) decidisse ingressar neste caminho. Obrigado.

Às enfermeiras Ana, Bárbara, Telma, Sandra e Catarina e Cristina pela incrível orientação em todos os estágios, tendo sido facilitadores da aprendizagem e ao mesmo tempo exigentes, para que não desse nada menos que o meu melhor. Obrigado,

À minha família, por permitirem a minha (ainda maior) ausência, mas principalmente pela presença (mesmo que não física) e incentivo constantes. Obrigado.

À professora Tânia Almeida, para quem não tenho arte nas palavras para descrever quão importante foi. Obrigado.

À Andreia, pela incrível capacidade de navegar habilmente as nossas águas habitualmente tranquilas que decidi tornar turbulentas e pela paciência infindável para tudo amparar nos momentos menos fáceis deste percurso. Obrigado, meu amor.

Ao João, por quem tento ser melhor todos os dias. Obrigado, meu pequeno amor maior.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAP – *American Academy of Pediatrics*

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CCF – Cuidados Centrados na Família

CD – Consulta de Desenvolvimento

CEVSIJ – Consulta de Enfermagem de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil

CMESIP – Curso de Mestrado de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica

CMR – Centro de Medicina de Reabilitação

CNT – Cuidados Não Traumáticos

CVO – Crise Vasclusiva

DGS – Direção-Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESPGHAN – *European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition*

NES – Necessidades Especiais de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN – Recém-nascido

RNEBP – Recém-Nascido de Extremo Baixo peso

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCIEN – Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

RESUMO

A importância das tecnologias digitais com ecrã no mundo contemporâneo é inquestionável. Porém, a facilidade do acesso e a disponibilidade de conteúdos trouxe desafios e preocupações que atravessam múltiplas áreas de estudo no que concerne aos impactos no desenvolvimento infantil. Sendo os enfermeiros cuidadores de crianças e famílias por excelência, a sua intervenção incide sobre a promoção da saúde no que respeita à utilização dos ecrãs.

O presente relatório de estágio tem como foco a promoção da saúde, através da gestão da utilização de ecrãs de forma equilibrada, enquanto intervenção de enfermagem autónoma junto de crianças e famílias. A importância da intervenção é sustentada pela ampla evidência científica dos impactos causados pelo sobre-uso dos ecrãs e ancorada em recomendações nacionais e internacionais. A capacitação parental é direcionada para a alteração de hábitos com consequências nefastas, potenciando a mudança destes na direção da promoção de estilos de vida mais saudáveis.

O percurso formativo descrito tem como objetivo o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Adotando uma metodologia de aprendizagem experiencial, baseada na evidência e promovendo a reflexão sobre a prática. O referencial teórico que suporta a intervenção é o Modelo de Promoção da Saúde, de Nola J. Pender, sendo a intervenção ancorada nos pilares estruturantes dos cuidados em enfermagem pediátrica, os Cuidados Centrados na Família e os Cuidados não Traumáticos.

Destaco das atividades desenvolvidas as sessões de formação realizadas a pares nos diversos contextos de estágio, o desenvolvimento de normas ou procedimentos de suporte à intervenção de enfermagem, assim como os suportes visuais e documentos para consulta dos pais.

Palavras-chave: Enfermagem Pediátrica; Desenvolvimento Infantil; Promoção da Saúde; Tempo de tela.

ABSTRACT

The importance of digital screen technologies in the contemporary world is unquestionable. However, the ease of access and the availability of content have brought challenges and concerns spanning multiple areas of study regarding their impact on child development. As nurses are core caregivers for children and families, their intervention can and should focus on promoting health concerning screen use.

This internship report focuses on health promotion through balanced screen use management as an autonomous nursing intervention with children and families. The importance of this intervention is based on extensive scientific evidence concerning the impacts of screen overuse and is anchored in recommendations from national and international health institutions. Parental empowerment's goal is aimed at the change of habits with harmful consequences, fostering their transformation towards healthier lifestyles.

The training pathway described in this report aims to develop common skills as a nurse specialist and specific skills as a nurse specialist in pediatric health. Adopting an experiential learning methodology based on evidence and promoting reflection on practice, the intervention is supported by the theoretical framework of Nola J. Pender's Health Promotion Model. This approach is grounded in the structuring philosophies of pediatric nursing care: Family-Centered Care and Non-Traumatic Care.

Highlights of the activities developed include peer training sessions conducted in various internship settings, the development of guidelines or procedures to support nursing interventions, as well as visual aids and reference documents for parents.

Keywords: Pediatric Nursing; Child Development; Health Promotion; Screen Time.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA.....	14
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CIENTÍFICO	21
2.1. Teoria da Promoção da Saúde de Nola Pender.....	22
2.2. Cuidar em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.....	24
2.3. O desenvolvimento infantil e os seus fatores influenciadores	28
2.3.1. Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner.....	30
2.3.2. O brincar como atividade promotora do desenvolvimento	33
3. PERCURSO METODOLÓGICO	35
4. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA.....	38
4.1. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)	39
4.2. Consulta de Desenvolvimento	42
4.3. Neonatologia	45
4.4. Internamento de Pediatria	49
4.5. Urgência de Pediatria	53
5. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	59
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS.....	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66

ÍNDICE DE APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE I – Guia orientador das atividades de estágio

APÊNDICE II – Cronograma de estágio

APÊNDICE III - Folheto “Cuidados a ter com o tempo de ecrã”

APÊNDICE IV - Proposta de norma/procedimento “A intervenção do enfermeiro na gestão da utilização dos ecrãs em contexto de CVSIJ

APÊNDICE V - Sessão de formação aos pares com o título “Vamos falar sobre ecrãs? A intervenção do enfermeiro na promoção da gestão da utilização dos ecrãs na criança dos 0 aos 5 anos”

APÊNDICE VI - Reflexão crítica sobre situação específica de cuidados “A intervenção do enfermeiro no adolescente e família com condição crónica”

APÊNDICE VII - Sessão informal de sensibilização aos pais e cuidadores sobre a temática da utilização excessiva dos ecrãs e os seus impactos no desenvolvimento em crianças dos 0 aos 5 anos

APÊNDICE VIII - Reflexão crítica sobre situação específica de cuidados “A intervenção do enfermeiro na promoção de cuidados neuroprotetores na UCI neonatal”

APÊNDICE IX - Folheto “Vou para casa. E agora?”

APÊNDICE X - Sessão de sensibilização aos pais intitulada “Vamos Brincar sem Ecrãs?”

APÊNDICE XI – Poster “Cuidado com os ecrãs! Como devo gerir a utilização que o meu filho faz dos ecrãs?”

APÊNDICE XII - Documento “Brincar de acordo com a idade”

APÊNDICE XIII – Sessão de formação na Reunião do Núcleo de Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica: “O impacto dos ecrãs no desenvolvimento: a intervenção do enfermeiro na promoção da gestão da utilização dos ecrãs na criança dos 0 aos 5 anos”

APÊNDICE XIV – Sessão de sensibilização aos pares no Serviço de Urgência Pediátrica

APÊNDICE XV – Poster “Cuidado com os ecrãs! Como gerir a utilização que o seu filho faz das tecnologias digitais”

APÊNDICE XVI - Proposta de procedimento para fundamentar e regular a intervenção do enfermeiro na promoção da gestão da utilização dos ecrãs no Departamento de Pediatria

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Certificado de presença como formador no encontro do Núcleo de Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, inserida no 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (CMESIP) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). A sua finalidade foi espelhar, adotando uma perspetiva crítica e reflexiva da aprendizagem experiencial durante o percurso formativo que conduziu à aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, traduzindo ainda as competências atribuídas a quem obtém o grau de Mestre (ESEL, 2023).

A temática escolhida reflete uma inquietação pessoal e profissional com a proliferação da utilização excessiva de ecrãs recreativos em crianças de idades cada vez mais precoces, sendo a observação frequente destes comportamentos na minha prática profissional, assim como em outras situações do quotidiano. Recentemente, têm sido trazidas à discussão pública questões como a proibição dos telemóveis nas escolas, a equiparação neurobiológica do vício dos ecrãs ao do consumo de estupefacientes, entre outros aspetos como os impactos no sono, obesidade e problemas de comportamento. Ao aprofundar a pesquisa sobre esta temática, encontrei o que considerei ser um campo premente para a intervenção dos enfermeiros junto das crianças e famílias, tornado ainda mais essencial nos primeiros cinco anos de vida pelos impactos identificados nesta fase essencial e estruturante do desenvolvimento infantil.

Tendo estes aspetos em conta, os enfermeiros e particularmente os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), têm como competências primordiais as plasmadas no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018), nomeadamente a implementação de um plano de saúde, promotor da parentalidade, que identifique as situações de risco que possam afetar negativamente a qualidade de vida das crianças e jovens. Além disso, a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil e providência de cuidados promotores da majoração dos ganhos em saúde (Regulamento n.º 422/2018).

Assim sendo, o título deste relatório é **“A intervenção do enfermeiro na promoção da gestão da utilização dos ecrãs na criança dos 0 aos 5 anos”**.

Para suportar esta intervenção que visa melhorar a saúde das crianças, o referencial teórico escolhido foi o Modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender. Com o objetivo da construção de um plano de cuidados promotor da saúde, baseando-se na participação ativa do cliente, este modelo engloba a história pessoal de cada indivíduo, com especial enfoque nos seus padrões de vida (Aguilar et al., 2021). A escolha deste modelo teórico prende-se com a essência do plano de intervenções que foi delineado e que visa a identificação e mitigação de comportamentos indesejáveis e a sua transformação em alternativas promotoras da saúde, objetivando o potenciamento do desenvolvimento infantil. O espelho desse planeamento traduziu-se na elaboração do Guia de Atividades de Estágio (Apêndice II), onde foram definidos os objetivos específicos para cada contexto, assim como as atividades realizadas com vista ao cumprimento dos mesmos. A duração dos estágios foi de dezoito semanas, divididas em cinco contextos diferentes, entre serviços hospitalares e cuidados de saúde primários (Apêndice I).

Com o intuito de otimizar a saúde das crianças e famílias, a prestação de cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediátrica é desenvolvida com foco no sistema familiar. Assente em pilares estruturantes, como os Cuidados Centrados na Família (CCF), que englobam o Modelo da Parceria de Cuidados de Anne Casey, e os Cuidados Não Traumático, é sensível ao envolvimento dos pais nos cuidados à criança, colocando a tónica neste processo de parceria, sendo essencial a interação integral com a família para providenciar condições promotoras do desenvolvimento (Mendes & Martins, 2012).

O presente relatório está organizado em 6 capítulos. Após a introdução, é apresentado o enquadramento teórico e científico, que está dividido em três subcapítulos: primeiramente, é resumido o **Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender**. De seguida, são abordados os pilares essenciais do que é o **cuidar em Enfermagem Pediátrica** e, a finalizar este capítulo, é resumido o desenvolvimento infantil e os seus fatores influenciadores, focando mais aprofundadamente a **Teoria Bioecológica de Urie Bronfenbrenner** e a valorização do **brincar como atividade promotora do desenvolvimento**. Prosseguindo na leitura do documento, surge a justificação da problemática escolhida e a descrição do percurso metodológico, onde serão explanados os objetivos, a metodologia e a organização temporal do percurso formativo. De seguida, seguem-se dois capítulos reservados à descrição e análise reflexiva das atividades realizadas em cada contexto de estágio, e que considere

conduzirem à aquisição de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e de Mestre. Para finalizar, são feitas as considerações finais e os projetos futuros que emanaram de todo o percurso realizado e que pretendo implementar na minha prestação de cuidados como futuro EEESIP.

Importa ainda referir que o projeto foi desenvolvido segundo a Norma de Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sendo utilizada a 7ª edição APA para as referências bibliográficas.

1. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A problemática que decidi estudar foi a exposição a ecrãs de crianças dos 0 aos 5 anos, sendo o objeto de estudo o conjunto de intervenções de enfermagem nos diversos contextos de estágio que objetivam a otimização da gestão da utilização dos ecrãs. É uma problemática atual, que despertou alarme nos últimos anos e continua a ter lugar de destaque nas preocupações contemporâneas em áreas como a Enfermagem Pediátrica, Psicologia e Educação. Como afirmam Bustamante et al. (2023), os primeiros anos de vida são o período de maior neuroplasticidade, em que as funções executivas incluindo a atenção são mais rapidamente desenvolvidas. A escolha deste escalão etário para a minha intervenção prende-se com a maior expressão do impacto da sobre-exposição aos ecrãs em todas as áreas do desenvolvimento infantil.

A nível pessoal, a perceção da utilização incorreta de ecrãs, seja em quantidade ou no conteúdo visualizado, surgiu em conversas com o meu filho, que cada vez mais frequentemente trazia questões relacionadas com o acesso a conteúdo inapropriado por parte de colegas da escola e que, além de serem acedidos demasiado cedo, eram também vistos sem supervisão. Concomitantemente, muitos exemplos diários, tanto na vida pessoal como na prática profissional, da utilização dos ecrãs recreativos como forma de distração, ocupação de tempos de espera e às refeições, sem limite de tempo ou controle do conteúdo acedido por parte das crianças.

A ubiquidade dos aparelhos eletrónicos com ecrã na vida das nossas famílias nos últimos 20 anos fez com que a idade do primeiro contacto com um ecrã tivesse decrescido, acontecendo o inverso com o tempo de exposição, que tem aumentado (Byrne et al., 2021). O conceito de nativos digitais, criado por Marc Prensky, descreve as crianças e jovens que nasceram e cresceram na era digital e estão expostos a computadores, telemóveis e internet, que são parte integrante do ambiente que os rodeia, não necessitando de se familiarizar com a tecnologia existente por comparação com os indivíduos que nasceram antes desta era (Dingli & Seychell, 2015). Mas terão estes nativos digitais melhores recursos que as gerações anteriores para um desenvolvimento saudável? Desmurget (2021) refere precisamente o contrário “(...) esta criança é apenas uma lenda. Não existe em parte alguma da literatura científica.” (Desmurget, 2021, p.47). Manifesta igualmente preocupação com a contribuição que esta imagem do nativo digital

tem, por exemplo, na definição das políticas de educação. “Em suma, todos ganham... exceto os nossos filhos; mas, aparentemente, ninguém se preocupa com isso.” (Desmurget, 2021, p.47). O aumento progressivo do uso das tecnologias digitais é explicável pela mudança de dispositivos fixos como computadores, televisões e leitores de DVD para smartphones, tablets e outros dispositivos móveis com ecrã tátil (Byrne et al., 2021; Madigan et al., 2020). A simplicidade do seu uso tem incrementado a utilização frequente e em idades cada vez mais precoces (Chindamo et al., 2019). Como afirmam de forma alarmante Hutton et al. (2020), no espaço de uma geração deu-se uma digitalização dos horizontes da infância, afetando a forma como as crianças brincam, aprendem e se relacionam umas com as outras.

É possível traçar uma cronologia da mudança de paradigma no uso das tecnologias através dos dados obtidos nos Estados Unidos da América nos relatórios “*From zero to eight*” que descrevem uma trajetória clara de aumento do uso de tecnologias com ecrã. Em 2011 a televisão dominava o uso dos média nas crianças, com evidência de maior dispêndio de tempo no seu uso do que a ler (Rideout, 2011). Em 2013, referem um dramático aumento do acesso a dispositivos móveis, com o dobro das crianças a utilizá-los e durante cerca do triplo do tempo. No entanto, a televisão mantém-se dominante no tempo de ecrã (Rideout, 2013). Já em 2017 é referida a quase universalidade no acesso a dispositivos móveis pelas crianças em estudo, sendo salientada a mudança no modo como usam os ecrãs, apesar de o fazerem durante tempo idêntico. É realçada ainda a visualização em simultâneo de televisão e outro dispositivo e é manifestada preocupação com a percentagem de crianças que usam ecrãs no período antes de dormir (Rideout, 2017). Por último, no relatório de 2020 evidencia-se o recurso predominante a vídeos online, não havendo aumento significativo do tempo de exposição, que se mantém a rondar os 150 minutos por dia nas crianças dos 2 aos 4 anos de idade. Na faixa etária até aos 2 anos de idade a média do tempo de ecrã é de 50 minutos (Rideout & Robb, 2020). É de notar ainda que em todos os relatórios é estabelecida uma relação direta entre o nível de escolaridade e socioeconómico das famílias com o maior tempo de exposição a ecrãs, assim com o a menor perceção dos prejuízos que pode trazer às crianças (Rideout, 2011, 2013, 2017; Rideout & Robb, 2020).

Em Portugal, um estudo de 2020 descreveu o uso diário de televisão já encontrado anteriormente, acrescentando a popularidade de *smartphones* e *tablets* como novos

meios de utilização de ecrãs, ultrapassando o computador e as consolas de jogos até à idade pré-escolar (Rodrigues et al., 2020). Outro concluiu que as plataformas mais utilizadas por crianças até aos 5 anos de idade são a televisão e os dispositivos *touchscreen* e que o tempo médio passado em frente a estes ecrãs é de 154 minutos (Rocha & Nunes, 2022). No Reino Unido, dados de crianças entre os 3 e 4 anos de idade apontavam para visualização de 14h de televisão por semana e cerca de 1h por dia em jogos (Ofcom, 2019). Exemplos dos dados médios de exposição diária de outros países incluem o Canadá, com 71,3 minutos, a Austrália com 108,5 minutos, Japão com 118,6 minutos, os Estados Unidos da América com 120 minutos, Suíça com 125,7 minutos, Hong Kong com 147 minutos e Bangladesh com 160,9 minutos (Chang et al., 2023). Na Nova Zelândia, a média de utilização dos ecrãs por crianças até aos 2 anos é de 80 minutos, com parte significativa do tempo a ser despendido sem controle parental sobre o conteúdo (Corkin et al., 2021).

Foram emitidas recomendações por várias instituições no que concerne ao tempo máximo que as crianças devem estar expostas a ecrãs. A DGS preconiza a evicção de ecrãs antes dos 2 anos de idade e que o uso a partir daí deve ser baseado em regras, com acompanhamento dos pais/cuidadores e a sua não utilização à noite, próximo da hora de dormir (Direção-Geral da Saúde, 2022). Na mesma direção, a OMS declara, nas diretrizes emanadas no que respeita ao sedentarismo, atividade física e sono que as crianças até aos 5 anos de idade devem ser expostas ao máximo de 60 minutos diários de tempo de ecrã sedentário, sendo que abaixo dos 24 meses o tempo preconizado é de zero minutos (World Health Organization, 2019). Também a *American Academy of Pediatrics*, no guia parental sobre o uso dos media providencia recomendações semelhantes às da OMS, recomendado apenas 60 minutos por dia de tempo de ecrãs, reforçando a importância da escolha de conteúdo apropriado e com supervisão parental (AAP, 2016). Mais recentemente, a Sociedade Portuguesa de Neuropediatria veio reforçar as recomendações existentes, preconizando a não utilização de ecrãs até aos 3 anos de idade, com exceção da visualização com supervisão parental de 30 minutos de televisão por dia. Já entre os 4 a 6 anos, recomendam 30 minutos de uso diário, com programação de alta qualidade e também com visualização acompanhada pelos pais, não entregando o controle dos conteúdos acedidos à criança. Fornecem ainda recomendações sobre o estabelecimento de horários e áreas da casa para a utilização de ecrãs, assim como a sua

não utilização às refeições, ou como recurso para controlar birras e para ultrapassar tempos de espera (Santos & Sampaio, 2024).

Quanto à evidência dos prejuízos encontrados no sobre-uso do tempo de ecrã, encontram-se impactos no **desenvolvimento cerebral**, através da realização de estudos de imagem (nomeadamente através de ressonância magnética funcional), que providenciam perspetivas sobre a relação dos fatores externos e a estrutura e funções cerebrais. Estes autores encontraram relação direta do uso excessivo de ecrãs com a menor espessura cortical e da profundidade dos sulcos nas áreas cerebrais que suportam o processamento visual primário, atenção, memória complexa e reconhecimento de letras (Hutton et al., 2022). A relação negativa entre o uso de ecrãs e a conectividade cerebral entre a área visual e os circuitos relacionados com a leitura foi encontrada por Horowitz-Kraus e Hutton (2018), por oposição com os resultados positivos obtidos na leitura nos mesmos parâmetros avaliados. Um estudo experimental realizado por Christakis et al. (2018) sobre a estimulação sensorial excessiva em idades precoces, parece encontrar relação direta entre esta hiperestimulação, encontrada no uso frequente de ecrãs, com impactos negativos na função cognitiva. A relação entre o uso excessivo de ecrãs parece também ter influência direta na integridade da substância branca, nomeadamente nas áreas que suportam a linguagem e as competências literárias emergentes, enfatizando que o impacto será provavelmente maior em fases mais precoces do desenvolvimento (Hutton et al., 2022).

Também o estudo realizado por Madigan et al. (2019), feito através da aplicação de um teste de monitorização do **desenvolvimento**, parece indicar uma relação direta entre o tempo de ecrã e piores resultados nesta avaliação. Encontram-se trabalhos que sugerem impactos também no **desenvolvimento da linguagem**. Madigan et al. (2020) relaciona o maior tempo passado em frente aos ecrãs com menores competências no desenvolvimento da linguagem. A relação do tempo de ecrã com o desenvolvimento da linguagem foi também descrita num estudo sul-coreano, composto de 1778 *toddlers*, tendo sido encontrada correlação positiva do tempo de ecrã superior a 2h com atraso na linguagem (Byeon & Hong, 2015). A exposição mais precoce aos ecrãs também foi relacionada com resultados mais expressivos no atraso da linguagem no estudo de Karani et al. (2022), em que parece haver efeitos mais negativos nas crianças abaixo dos 2 anos que são expostas a maior tempo de ecrã e menores impactos nas crianças acima dessa

idade. No entanto, e apesar de referir que há benefícios do uso, ressalva que as influências negativas suplantam as positivas (Karani et al., 2022).

A influência do tempo de exposição a ecrãs parece ter também impactos diretos no **tempo e qualidade do sono**. Chindamo et al. (2019) apresentam resultados do seu estudo em *toddlers* que parecem indicar haver relação direta entre a utilização de ecrãs e dificuldade em adormecer e menos horas de sono, independentemente de outros fatores. Esta perspetiva é corroborada por Guerrero et al. (2019), que afirma que o efeito mais impactante obtido no seu estudo deriva da relação direta do maior tempo de exposição a ecrãs com a diminuição do tempo e qualidade do sono. Numa carta editorial de Ribeiro et al. (2021) é também enfatizada a importância da utilização racional dos ecrãs, pelas relações encontradas com as perturbações do sono. Já Fitzpatrick et al. (2022) e Lissak (2018) relacionam o uso de telemóveis, *tablets* ou consolas nas horas próximas de adormecer com maior impacto no sono do que a televisão, enfatizando a emissão de luz azul desses dispositivos como um fator impactante na produção endógena de melatonina e no ciclo circadiano. Também Janssen et al. (2020) relacionam o aumento do tempo de ecrã com prejuízos no sono até à idade pré-escolar.

Os efeitos do uso excessivo de ecrãs são também encontrados sob a forma de **problemas ou alterações do comportamento**. Relacionado com as consequências previamente abordadas na duração e qualidade do sono, existem impactos na regulação do stresse, em parte justificáveis pela influência na regulação do cortisol, estando este diminuído ao acordar e aumentado na hora de deitar, ao contrário do que acontece com crianças que não estão expostas a ecrãs e têm níveis de cortisol de acordo com os habituais (Lissak, 2018). O mesmo autor reúne, na sua revisão da literatura, efeitos neurofisiológicos do comportamento aditivo relacionado com o uso de ecrãs, que são percecionadas como comparáveis à adição de substâncias. O impacto no lobo frontal tem influência sobre a empatia e altera a capacidade de adaptação aos diferentes ambientes. Alterações nas habilidades de tomada de decisão, regulação emocional e comportamentos compulsivos estão também descritas. Por último, o uso prolongado de múltiplos ecrãs, por vezes em simultâneo, provocou dificuldade na alternância de tarefas, aumento da impulsividade e comportamentos neuróticos (Lissak, 2018). Também Tezol et al. (2022) enfatizam a necessidade de avaliar o excesso de tempo de ecrã em crianças com história de problemas de comportamento. A descrição de Sigman (2017) das

desordens de dependência de ecrãs (do inglês *screen dependency disorders*) traduz a evidência de preocupantes alterações de adaptação neurobiológica relacionadas com o sobre-uso de ecrãs e que se estabelece tão mais cedo quanto mais precoce é o início da exposição a ecrãs, e nomeadamente a jogos. As alterações neurais assemelham-se às das adições de substâncias e estão relacionadas com menor controle de impulsos (Sigman, 2017).

Relacionado ainda com o sobre-uso de ecrãs está necessariamente a diminuição de tempo disponível para o exercício de atividades físicas não sedentárias, o que pode levar ao **aumento de peso e ao risco de obesidade**. A reciprocidade entre estes dois elementos é visível no trabalho de Robinson et al. (2017), onde é afirmado que a obesidade é, ao mesmo tempo causa e consequência da exposição aos ecrãs. O tempo sedentário aplicado nesta atividade reduz a disponibilidade temporal para o exercício físico, aumentando o risco de problemas cardiovasculares, tornando-se preditor de obesidade ou sobrepeso na idade adulta. Intimamente relacionada está a maior ingestão calórica quando as refeições são feitas com uso concomitante de ecrãs (Robinson et al., 2017; Rocka et al., 2022). Também Fang et al. (2019) e Li et al. (2020) encontraram correlação positiva entre o sobre-uso de ecrãs e o excesso de peso e/ou obesidade. Com resultados semelhantes, o trabalho de Hu et al. (2021) faz distinção entre o uso de ecrãs de forma sedentária e o seu uso de forma ativa, observando correlação nula entre a forma ativa de visualização de ecrãs e o excesso de peso. Um estudo realizado após o primeiro ano da pandemia mundial de COVID-19 demonstrou o aumento do tempo sedentário associado à exposição a ecrãs, não estando, no entanto, relacionada com a realização de atividades letivas à distância. Este aumento do tempo sedentário tem correlação positiva com o risco de excesso de peso (Bates et al., 2020).

A mediação e o controlo do tempo e dos conteúdos que as crianças dos 0 aos 5 anos de idade assistem nos vários ecrãs é, em grande parte, responsabilidade dos pais e cuidadores. Como afirmam Fitzpatrick et al. (2022), a pobre regulação do uso dos media na primeira infância pode abrir caminho a piores hábitos de utilização desses dispositivos nas idades seguintes, salientando as intervenções centradas na família como essenciais, devendo ser implementadas logo na idade pré-escolar. Ponti et al. (2017) afirmam que as crianças não devem competir com os ecrãs pela atenção dos pais. elencam medidas a ser implementadas com vista a modelar o tempo de ecrã das crianças a partir de alterações

dos hábitos de uso dos pais, nomeadamente a priorização das interações sem ecrãs, a praticar a visualização acompanhada e a desligar os equipamentos quando não estão em uso (Ponti et al., 2017).

Vários estudos incidem na influência relação dos hábitos de uso dos ecrãs por parte dos pais e cuidadores como fator mediador de primordial importância no tempo de exposição das crianças. O conhecimento sobre os efeitos dos ecrãs, as normas e atitudes quanto à sua utilização, assim como os níveis socioeconómico e de escolaridade são identificados como preditores de maior ou menos uso. A intervenção junto dos pais no sentido de melhorar o tempo de ecrã dos filhos parece ter efeitos positivos (Burnett et al., 2023; Chang et al., 2023; Halpin et al., 2021; Lin et al., 2021; Määtä et al., 2017).

Em suma, a forma como os pais utilizam os ecrãs vai influenciar diretamente o uso que os seus filhos farão dos mesmos, por serem parte do seu microssistema. Portanto, as intervenções devem incidir no sistema familiar, considerando a sua dinâmica, educando os pais para os benefícios ou prejuízos dos mesmos (Lauricella et al., 2015). Assim sendo, e tendo em conta o descrito anteriormente, a intervenção do EEESIP como ator principal na promoção da saúde, deve ser centrada na família, identificando os fatores predisponentes e os possíveis caminhos de intervenção, com vista à minoração dos prejuízos conhecidos que traz o excesso de exposição aos ecrãs. Conforme está plasmado nos Padrões de Qualidade de Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, o EEESIP deve procurar ajudar a criança/jovem a atingir o máximo potencial de saúde, avaliando os conhecimentos e comportamentos dos mesmos, fornecendo informações orientadoras de cuidados antecipatórios às famílias, sensibilizando pais, cuidadores e profissionais para as situações de risco e como as prevenir e criando oportunidade para facilitar a aquisição de conhecimentos sobre saúde e segurança (OE, 2017).

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CIENTÍFICO

O enfermeiro norteia a prestação dos seus cuidados mobilizando teorias, modelos, conceitos e filosofias que suportam os mesmos. As teorias de enfermagem ajudam os enfermeiros a clarificar valores e crenças acerca dos processos de saúde. Promover uma prática baseada em teorias de enfermagem permite descrever, prever e explicar os fenómenos da profissão, fornecendo ferramentas para o autoconhecimento, reflexão, pensamento crítico e tomada de decisão eficazes. Aliada à importância da prática baseada na evidência, as teorias de enfermagem providenciam a capacidade para a definição do papel do enfermeiro em diferentes contextos de cuidados (Younas & Quennell, 2019).

O conceito de **pessoa** nos cuidados pediátricos engloba o binómio criança/jovem e família. Enquanto não atinge a sua autonomia, está dependente da família para lhe providenciar os cuidados que necessita. A importância da influência da família no crescimento e desenvolvimento é justificação suficiente para serem alvo da intervenção do EEESIP (OE, 2017). A **saúde**, como estado subjetivo, é vista como o objetivo máximo das intervenções dos enfermeiros, tendo em conta a satisfação das necessidades inerentes às diferentes fases do desenvolvimento. O ambiente em que se insere a criança/jovem está interrelacionado com os estímulos que o rodeiam, sejam eles físicos, políticos, humanos, económicos, culturais ou organizacionais. A prática dos enfermeiros deve ser focalizada na interdependência da tríade criança/jovem/família e do ambiente, considerando stressores e fatores protetores (OE, 2017). Os **cuidados de enfermagem** pediátrica assentam na filosofia dos cuidados centrados na família e na parceria de cuidados, baseados em conceitos como envolvimento, participação, capacitação e negociação dos cuidados (OE, 2017). Decorrem em todos os **contextos** de cuidados, seja o hospital, centros de saúde, rede de cuidados continuados, escola, comunidade, entre outros. Têm como foco a maximização e potenciação da saúde, a promoção do crescimento e desenvolvimento, a promoção da vinculação da autoestima e autodeterminação. A promoção da autonomia, com visão global das capacidades da criança/jovem. A participação dos pais é supervisionada e negociada com o EEESIP e o respeito pelas crenças e valores familiares e a assunção que os pais são os melhores cuidadores dos seus filhos é um ponto essencial desta parceria de cuidados (OE, 2017).

2.1. Teoria da Promoção da Saúde de Nola Pender

A promoção da saúde foi inicialmente definida por Sigerist em 1946 e englobava quatro etapas da medicina: a promoção da saúde, prevenção da doença, a sua recuperação e reabilitação. Posteriormente, com a carta de Ottawa em 1986, o objetivo foi assegurar o direito de escolha às populações, que favorecesse o seu bem-estar e saúde, permitindo uma função ativa na melhoria da qualidade de vida. Implica que estejam em consonância vários fatores condicionantes da mesma, como sejam políticos, socioculturais, económicos, biológicos, comportamentais e ambientais (Aguilar et al., 2021)

O referencial teórico de enfermagem que suportou este percurso formativo foi o **Modelo da Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender**. Este procura identificar padrões de vida e o histórico pessoal de cada indivíduo, permitindo auxiliar a construção de um plano de cuidados que seja promotor da saúde e assumindo também a participação ativa do cliente (Aguilar et al., 2021).

Um elemento central deste modelo é a teoria social cognitiva de Bandura, sendo a autoeficácia um conceito fulcral deste modelo (Sakraida & Wilson, 2018). O MPS descreve a natureza multidimensional das pessoas na persecução da saúde. Integra construtos da teoria social cognitiva, numa perspetiva holística da enfermagem (Murdaugh et al., 2019). Este modelo pode ser dividido em três que são descritos de seguida.

O primeiro componente corresponde às **caraterísticas e experiências individuais**, dentro da qual se enquadram os comportamentos anteriores relacionados com o objetivo atual. Os comportamentos são afetados por emoções e influem diretamente a probabilidade da adoção de comportamentos de saúde. Também dentro deste componente encontramos os fatores pessoais, sejam eles biológicos, psicológicos ou socioculturais (Murdaugh et al., 2019).

As **cognições e afetação do comportamento** constituem o núcleo central do diagrama do MPS. Neste componente estão incluídos os benefícios de ação percebidos, em que há um foco nos objetivos a alcançar e nos benefícios que daí podem advir. As barreiras de ação percebidas são, pelo contrário, as crenças sobre os inconvenientes,

despesas, dificuldades ou o tempo que levará uma ação particular. Estas barreiras influenciam diretamente a autoeficácia percebida, que é a crença individual na capacidade para realizar um determinado comportamento. Esta autoeficácia é ainda influenciada pela atividade relacionada com a apresentação, que consiste nos sentimentos, positivos ou negativos que surgem antes, durante ou a seguir aos comportamentos. Ainda neste núcleo central do modelo, encontram-se as influências interpessoais, que são os conhecimentos que envolvem comportamentos, crenças ou atitudes de outros. As principais fontes de influência são os pais ou cuidadores e os profissionais de saúde, estando neste ponto uma oportunidade fulcral de intervenção do EEESIP. Ainda se encontram neste componente central do MPS as influências situacionais, que se referem às perceções dos ambientes ou contextos em que o comportamento terá lugar, ou seja, um ambiente compatível ou seguro para o indivíduo levará a uma maior competência na performance (Murdaugh et al., 2019).

Todos estes fatores descritos anteriormente levam ao **resultado comportamental**. Neste componente do modelo, além do comportamento promotor da saúde em si, temos previamente o comprometimento com o plano de ação, que consiste no início do comportamento, se não houver exigências de competição imediatas que não possam ser evitadas ou preferências de competição imediatas às quais o indivíduo não possa resistir. Tanto as exigências como as preferências de competição são obstáculos que surgem imediatamente antes da prossecução do comportamento promotor da saúde e podem levar a que esta não aconteça. As exigências correspondem a comportamentos alternativos sobre os quais os indivíduos têm pouco controle (como o trabalho ou responsabilidades familiares). Por outro lado, as preferências de competição correspondem a situações ou escolhas em que o indivíduo tem alto controle, como por exemplo escolher uma comida ou uma bebida ao invés de outra (Murdaugh et al., 2019). O comportamento promotor da saúde é o resultado final deste modelo, direcionado para a obtenção de melhorias em saúde, melhorias de função e melhor qualidade de vida em todas as fases do desenvolvimento (Murdaugh et al., 2019).

A promoção da saúde é uma das competências do EEESIP, conforme está plasmado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, onde pode ler-se que a promoção da saúde assenta na avaliação de comportamentos e conhecimentos da criança/jovem relativamente à sua

saúde, procurando a criação de oportunidade para trabalhar com a família e criança/jovem para a adoção de comportamentos potenciadores de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

A responsabilidade de cuidar do cliente pediátrico é normalmente da família. Sendo a infância um período essencial para o estabelecimento e promoção de comportamentos saudáveis (Murdaugh et al., 2019) e reconhecendo os pais como os cuidadores, devem ser considerados como um dos focos principais da intervenção do EEESIP (DGS, 2005). Avaliar a saúde da família, através de um processo colaborativo de análise da condição de saúde, crenças e comportamentos, são a base do estabelecimento de um plano de promoção de saúde (Murdaugh et al., 2019).

Assim sendo, o MPS é a teoria de enfermagem que considere mais adequada para servir de base à minha intervenção junto das famílias, que tem como objetivo final a promoção da saúde, atingida através de uma intervenção direcionada para uma melhor gestão da utilização dos ecrãs com vista à otimização do desenvolvimento infantil.

2.2. Cuidar em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

A palavra cuidar é um verbo transitivo, com vários significados. Um deles é tratar ou tomar conta de alguém. Como afirma Marie-Françoise Collière, “Cuidar é, e será sempre, indispensável, não apenas à vida dos indivíduos mas à perenidade de todo o grupo social” (Collière, 1999, p.15)

Para a Ordem dos Enfermeiros, os cuidados de enfermagem têm como objetivo promover os projetos de saúde de cada pessoa, considerando todo o ciclo vital. Enfocados na prevenção de doenças, a readaptação, a satisfação das necessidades humanas básicas e a independência nas atividades diárias. Além disso, incluem a adaptação funcional a déficits e a múltiplos fatores, frequentemente por meio da aprendizagem do cliente. Os enfermeiros atuam ainda como mediadores no uso de recursos comunitários de saúde e incentivam a ampliação dos recursos pessoais, familiares e comunitários para enfrentar desafios relacionados à saúde (OE, 2001). Na visão de Hesbeen (1997), os cuidados de enfermagem são todas as ações realizadas por enfermeiros para ajudar o cliente ou família na sua situação, com a finalidade de contribuir para o seu bem-estar (Hesbeen, 1997). Já para Nola Pender, o cuidado de

enfermagem consiste em assistir na construção do plano de promoção da saúde, ao invés de o controlar. A colaboração entre cliente e enfermeiro é basilar neste processo e começa na fase de avaliação do estado de saúde e da motivação ou barreiras relacionadas com a mudança de comportamentos (Murdaugh et al., 2019).

No que concerne especificamente à Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, os cuidados envolvem a proteção, promoção e otimização de habilidade e da saúde, a prevenção de lesões e doenças e o alívio do sofrimento, através do diagnóstico e tratamento. O enfermeiro surge então como o promotor da saúde e bem-estar da criança e família. (Hockenberry, 2024). No entanto, esta realidade dos internamentos em idade pediátrica começou a mudar apenas a partir meados do século XX. Até lá, as crianças passavam a maioria do tempo da hospitalização sem a presença dos pais, ou com horários de visita muito curtos (Jolley & Shields, 2009). Autores como John Bowlby, James Robertson e Florence Blake, na década de 1950, estudaram os efeitos da separação materna no cliente pediátrico aquando dos internamentos. O trabalho destes contribuiu para a elaboração do relatório Pratt, do Ministério da Saúde inglês, que em 1959 recomendou que fosse permitida a presença permanente dos pais e que a formação dos enfermeiros fosse também direcionada para as necessidades emocionais da criança doente e sua família (Smith, 2018). Desde então, o caminho foi sendo trilhado no sentido do que é atualmente a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, assente em duas filosofias de cuidados que privilegiam e protegem a criança e família como um alvo único e inseparável dos cuidados. Segundo Pearson e Vaughan (1998), uma filosofia de cuidados pode definir-se como a busca pelo saber ou conhecimento que envolve e complementa a nossa prática. Ela expressa de forma clara as crenças e valores que orientam e influenciam as intervenções de Enfermagem. Assim, os princípios essenciais dos modelos de Enfermagem e as abordagens adotadas na profissão derivam dessas filosofias e crenças (Pearson & Vaughan, 1998).

Assim sendo, os **Cuidados Centrados na Família** (CCF) têm assumido valor crescente como a base dos cuidados de enfermagem pediátrica, sendo recomendados como fator de melhoria da qualidade dos cuidados à criança e suas famílias (Christian, 2016). Esta filosofia de cuidados reconhece a família como uma constante na vida das crianças. A função dos enfermeiros é de suportar a tomada de decisão, incrementando as suas forças e conhecimento único dos filhos (Hockenberry, 2024). Como definido pelo

Institute for Patient- and Family-Centered Care (IPFCC), os CCF assentam em quatro conceitos centrais: respeito e dignidade, partilha de informação e colaboração. Desta forma, a família é incluída nas várias vertentes da relação terapêutica, vendo respeitados os seus valores, crenças e cultura, recebendo informações de forma eficaz e clara, conseguindo suporte na participação e tomada de decisões sobre os cuidados a prestar (IPFCC, s.d.).

Não há, no entanto, uma definição única e consensual. São vistos como um pilar estruturante dos cuidados de saúde que se foca na compreensão dos doentes no seio do contexto familiar e que suporta o envolvimento destes no processo de tomada de decisões de saúde (Boztepe & Yildiz, 2017). O IPFCC definiu em 2018 os CCF como uma aproximação ao planeamento, execução e avaliação dos cuidados de saúde que é baseada em parcerias mutualmente benéficas entre clientes, famílias e prestadores de cuidados de saúde (Al-Motlaq et al., 2019). Em alternativa, são tidos como uma abordagem aos cuidados de saúde que valoriza a parceria com os membros da família, enfocando-se na saúde médica e psicossocial dos clientes pediátricos, considerando os pais como peritos no que às necessidades e capacidades dos filhos diz respeito (Kokorelias et al., 2019). São também descritos como uma perspetiva ao planeamento, execução e avaliação dos cuidados de saúde, baseados nas parcerias entre profissionais de saúde, pacientes e famílias (Lv et al., 2019).

Esta posição privilegiada dos pais, como profundos conhecedores dos seus filhos, associado ao papel primordial que representam na vida deles, faz com que a sua inclusão na tomada de decisões seja de tremenda importância (Cartagena et al., 2012). No mesmo sentido, Coyne et al. (2018) afirmam que a negociação dos cuidados funciona como um ajustamento das expectativas familiares sobre as responsabilidades e papéis destes nos cuidados. O resultado recolhido destes cuidados é a melhoria da qualidade dos mesmos, incrementos na satisfação e confiança e diminuição da ansiedade em clientes e famílias (Coyne et al, 2018).

A **parceria de cuidados** surge naturalmente como parte integrante dos CCF. A premissa de que os pais são peritos no que concerne a cuidar dos seus filhos leva a que quando os enfermeiros os substituam nestes cuidados tentem manter as rotinas de forma o mais semelhante possível ao que os pais fariam se estivessem presentes (Casey, 1995). A enfermagem pediátrica é sensível ao envolvimento dos pais nos cuidados à criança, colocando a tónica neste processo de parceria, sendo necessária interação

integral com a família para providenciar condições promotoras do desenvolvimento (Mendes & Martins, 2012). Portanto, a parceria de cuidados promove o estabelecimento de uma relação terapêutica, fortalecendo-se um processo dinâmico com intuito final de auxiliar o cliente no seu processo de saúde. Como resumem Ribeiro et al. (2015), “a Enfermagem de família em saúde infantil deve ser exercida em colaboração e cooperação com as famílias” (p. 144).

Os **cuidados não traumáticos** são definidos por Hockenberry (2024) como o uso de intervenções que eliminam ou minimizam o stresse físico ou psicológico experienciado pelo cliente pediátrico e as suas famílias nos cuidados de saúde. Como princípios desta atuação incluem-se a não separação da criança dos pais, a promoção do controle da situação e a prevenção ou minimização do dano físico e da dor (Hockenberry, 2024).

Muitas das intervenções realizadas neste percurso formativo são causadoras de dor, desconforto ou ansiedade. Existem variadas técnicas não farmacológicas que podem ser utilizados na prestação destes cuidados potencialmente traumáticos. A distração, seja pela utilização de plataformas de vídeo, brinquedos ou brincadeiras com profissionais de saúde e/ou os pais, é de fácil aplicação em diferentes contextos de cuidados e, não menos importante, de forma autónoma pelos enfermeiros. Outros métodos podem incluir a produção de bolas de sabão, o uso de brinquedos e ouvir música (Rezai et al., 2016). De acordo com a faixa etária em questão, podem ser usadas técnicas como o aleitamento materno ou a sucção não nutritiva durante os procedimentos, soluções doces (como sucrose ou sacarose) ou a anestesia tópica local que, quando usados em conjunto com o posicionamento, distração e presença parental, apresentam resultados favoráveis na mitigação da dor ou desconforto (Ellis et al., 2004).

Num estudo randomizado controlado de 2019 puderam obter-se indicações positivas no controlo da dor e ansiedade quando utilizada a realidade virtual imersiva durante a punção venosa (Wong et al., 2019). Também o estudo conduzido por Piskorz e Czub (2018) obteve resultados favoráveis à utilização desta técnica na redução da dor e ansiedade relacionadas com a punção venosa.

No fundo, os EEESIP devem conduzir as suas intervenções para o caminho que cause o menor impacto negativo possível no cliente pediátrico e família, conforme se encontra plasmado na unidade de competência E.2.2. “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (Regulamento n.º 422/2018).

Intervir junto das crianças e suas famílias com vista à melhoria da saúde e a minoração dos impactos da exposição excessiva aos ecrãs foi feita, em todos os contextos, com base nestes conceitos estruturantes dos cuidados de enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica.

2.3. O desenvolvimento infantil e os seus fatores influenciadores

O crescimento e desenvolvimento saudáveis na infância dependem de interações complexas entre fatores biológicos e influências ambientais e compreende os domínios físico, cognitivo, socioemocional, comportamental e da linguagem (Cain, 2024). É um processo multidimensional e integral, iniciado na concepção e que compreende ainda as relações socioafetivas que permitem à criança responder às suas necessidades e às do meio que a circunda (Noer & Halpern, 2018). É ainda marcado pela individualidade, com um ritmo próprio de cada criança, acontece sempre de forma sequencial, com progressão cefalo-caudal e do geral para o específico (Correio, 2020). As fundações do desenvolvimento são quatro pilares interrelacionados, que não acontecem isoladamente: crescimento, desenvolvimento, maturação e diferenciação. Estes processos dependem de influências genéticas, ambientais, endócrinas e nutricionais (Franklin & Prows, 2017). As experiências vividas e os ambientes em que a criança está inserida desde o nascimento, além de moldarem a arquitetura cerebral afetam também a forma como se desenvolverão os sistemas biológicos. As relações interpessoais entre as crianças e os cuidadores adultos, dentro ou fora da família, influenciam todo o ciclo vital no que respeita à aprendizagem, comportamento e saúde física e mental (Center on the Developing Child at Harvard University, 2021). Pode entender-se então que, principalmente nos primeiros 2 anos de vida, a importância de um cuidado responsivo e que nutre, com acesso a atividades estimulantes apropriadas à idade, são a chave para um desenvolvimento bem-sucedido (Rothstein et al., 2021). Também Shonkoff (2016) afirma que o cuidado responsivo e os ambientes promotores da saúde nos primeiros anos de vida proporcionam uma fundação forte para uma vida de aprendizagem e boa saúde.

Não é possível falar sobre o neurodesenvolvimento nos primeiros anos de vida sem abordar a capacidade plástica do cérebro. Um recém-nascido tem sensivelmente o mesmo número de neurónios que terá no final da sua vida. Embora o desenvolvimento inicial do cérebro seja geneticamente orientado, ao chegar aos dois anos de idade, massivas quantidades de conexões neuronais são criadas como resposta às interações com o ambiente e, de maior importância ainda, com os cuidadores (WHO, 2018). Esta fase envolve períodos críticos marcados por intensa atividade neurobiológica, como a neurogénese, a apoptose, gliogénese e a mielinização. Esses processos são responsáveis pela construção da base da rede neuronal cerebral (Noer & Halpern, 2018).

A neuroplasticidade pode então ser definida como a capacidade que o cérebro tem de se alterar morfológica e neuro quimicamente através das experiências vividas (Weyandt et al., 2020). Apesar de possibilitar a aprendizagem, esta capacidade plástica do cérebro desenvolver conexões neurais em resposta à experiência, pode também causar danos, se as influências recebidas do ambiente forem prejudiciais. O stresse materno, exposição a drogas ou toxinas ambientais ou a desnutrição podem interferir no crescimento cognitivo normal. Além destas causas evidentes, a pobre estimulação sensorial nos primeiros anos de vida pode também deixar sequelas e atrasar o desenvolvimento neuronal ou mesmo afetar a estrutura do cérebro (Martorell et al., 2020).

O estudo do desenvolvimento humano é considerado subjetivo, pois as teorias e pesquisas decorrem de interpretações e questões que são naturalmente influenciadas pelos valores e experiências de indivíduos humanos. As divisões entre modelos mecanicistas e organicistas assentam na diferença entre a posição ativa ou reativa do indivíduo face ao desenvolvimento e também na continuidade ou descontinuidade deste processo (Papalia & Martorell, 2021).

O desenvolvimento infantil é explicado por diferentes perspetivas que, embora distintas, partilham a ideia de que a experiência, aliada a fatores inatos, é o motor do desenvolvimento (Martorell et al., 2020). Na perspetiva **psicanalítica**, Freud propôs uma teoria psicosssexual, em que o desenvolvimento é moldado por forças inconscientes. Ele destacou que os três primeiros estádios são cruciais para a formação da personalidade, pois resultam do equilíbrio entre os impulsos do *id*, a mediação do ego e os valores do superego. Erikson, por sua vez, desenvolveu a **teoria psicossocial**, que considera oito

estádios de crises ao longo da vida. A resolução positiva de cada crise é essencial para a construção de um ego saudável e facilita a superação das crises seguintes (Papalia & Martorell, 2021).

Na perspectiva da aprendizagem, o **behaviorismo**, que valoriza a influência do ambiente sobre o comportamento, destaca o **condicionamento clássico** de Pavlov e Watson, o qual explica comportamentos reflexivos, como o medo e as preferências, enquanto o **condicionamento operante** de Skinner associa o comportamento às suas consequências, introduzindo o reforço e a punição para moldar a frequência das ações. Bandura, com a **teoria da aprendizagem social**, sugere que as crianças aprendem por imitação de modelos, como pais e professores, enfatizando o papel da modelação e dos processos cognitivos na aquisição de novos comportamentos (Martorell et al., 2020).

Na **perspetiva cognitiva**, Piaget descreveu o desenvolvimento em estágios guiados por processos de organização e adaptação, que ocorrem através da assimilação e acomodação. O conceito de "equilibração" representa o esforço da criança para equilibrar o conhecimento adquirido com novas experiências, promovendo o crescimento cognitivo. Vygotsky, por outro lado, enfatizou a importância da **interação social e do contexto cultural** para o desenvolvimento, introduzindo a "zona de desenvolvimento proximal" como o momento ideal para intervenções pedagógicas que facilitem a internalização de novos conhecimentos pela criança (Papalia & Martorell, 2021).

Resumindo, as influências ambientais e também os fatores genéticos, fazem crescer e desenvolver o cérebro humano (Souza & Veríssimo, 2015; Weyandt et al., 2020). Exemplos destes são a nutrição, as condições de saúde, incluindo a vacinação, e situações de abuso ou negligência, que influem, positiva ou negativamente no desenvolvimento infantil (Martorell et al., 2020). Tendo em conta a temática deste relatório, é relevante explicitar de forma mais detalhada uma perspectiva teórica que enfatiza a importância do contexto onde a criança está inserida no desenvolvimento.

2.3.1. Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner

Urie Bronfenbrenner, psicólogo americano nascido na Rússia, formulou uma teoria bioecológica do desenvolvimento humano que procura explicar as influências do

ambiente nesse processo. Esta teoria passou por três fases, desde a sua gênese. No final da década de 1970, os seus escritos retratavam uma pessoa inserida num contexto que nela exercia múltiplas influências.

The ecology of human development involves the scientific study of the progressive, mutual accommodation between an active, growing human being and the changing properties of the immediate settings in which the developing person lives, as this process is affected by relations between these settings, and by the larger contexts in which the settings are embedded (Bronfenbrenner, 1979, p. 21).

Posteriormente, na década de 1990, incorpora na sua teoria uma perspectiva de bidirecionalidade, acrescentando um papel ativo na pessoa, que passa a ter influência também no ambiente que a rodeia através das suas ações. Os indivíduos são vistos como capazes de modificar, reconstruir e até criar os seus próprios contextos. Porém, afirma que esta capacidade não depende só da sua ação direta, como também é dependente do ambiente onde a pessoa se desenvolveu (Rosa & Tudge, 2013).

Por fim, na última reformulação, na primeira década do século XXI, acrescenta o conceito de processos proximais à sua teoria, que passa a considerar como fator indispensável ao desenvolvimento e que representa as formas de interação da pessoa com o ambiente, enfatizando ainda mais a sua importância nos resultados do desenvolvimento (Barreto, 2016; E. Martins & Szymanski, 2004).

O modelo de Bronfenbrenner é retratado frequentemente de duas formas. Como um conjunto de bonecas russas ou como um conjunto de círculos concêntricos. Estes representam estruturas a que o autor chamou de sistemas. Cada um deles tem influência no desenvolvimento da pessoa, diminuindo o poder do seu impacto direto no mesmo quanto mais externos são os círculos.

O **microsistema** corresponde ao nível mais próximo das relações. Consiste em padrões, papéis sociais e relações interpessoais que a criança em desenvolvimento experiencia num contexto de contacto face-a-face na interação com outras pessoas com características de temperamento, personalidade e crenças distintas (Bronfenbrenner, 1994). Neste sistema podem englobar-se a família, a escola, os amigos ou vizinhos (Härkönen, 2007)

O **mesossistema** pode ser considerado um conjunto de microsistemas, compreendendo as ligações e processos que ocorrem entre estes (Bronfenbrenner, 1989a). A relação dos pais com a escola ou entre a família e os amigos exemplos que ilustram este sistema, podendo nele incluir-se também o contexto religioso (Härkönen, 2007). A diferença relativamente ao microsistema tem que ver com as interações, que neste nível passam a ocorrer através de vários contextos e não apenas no mais próximo (Rosa & Tudge, 2013).

Por seu lado, o **exossistema** compreende as ligações e os processos que ocorrem entre contextos e que, apesar da criança não estar neles, a influência do que acontece nestes níveis afeta um contexto em que está inserida (Bronfenbrenner, 1989a). Como exemplo, apesar da criança não estar presente no local de trabalho dos pais, este vai invariavelmente influenciar o que se passa no microsistema casa, tanto pelo horário ou tipo de trabalho como pela organização da creche ou escola onde fica enquanto os pais trabalham. Neste nível estão também incluídos os órgãos de comunicação ou os decisores políticos (Härkönen, 2007; Rosa & Tudge, 2013).

Por fim, o **macrossistema** é composto pelas ideologias ou crenças dominantes. Inclui a cultura, religião e os sistemas económico, social, educacional e legal. É abrangente, tendendo a tornar as experiências das pessoas nele incluídas semelhantes (Bronfenbrenner, 1989a; Härkönen, 2007; Rosa & Tudge, 2013).

A passagem do tempo não é vista apenas como cronológica, mas também como uma propriedade do contexto. Assim sendo, o **cronossistema** abrange a consistência ou as mudanças que ocorrem não só na pessoa como no contexto em que está inserida (Bronfenbrenner, 1994).

Todas estes sistemas participam de forma mais ou menos direta no desenvolvimento infantil. Refere Urie Bronfenbrenner que, para este acontecer, a nível intelectual, emocional, social e moral, a criança necessita participar em atividades recíprocas progressivamente mais complexas, de forma regular durante longos períodos de tempo, com uma ou mais pessoas com quem a criança tenha desenvolvido uma vinculação forte, mútua e irracional e que estejam comprometidos com o desenvolvimento dela, preferencialmente para toda a vida (Bronfenbrenner, 1989b).

Em suma, o desenvolvimento da criança está intimamente ligado à relação com os pais ou cuidadores mais próximos, sendo a influência destes superlativa em relação a

quaisquer outras. Assim sendo, estas intervenções no microssistema são determinantes, pelo impacto direto na potenciação de melhores hábitos de utilização dos ecrãs nos primeiros anos de vida. Tendo como objetivo regular o tempo de exposição, controlar a qualidade dos conteúdos e minorar ou eliminar os efeitos negativos da sobre-exposição aos ecrãs, a intervenção do EEESIP como cuidador de excelência da criança e família deve focar-se na capacitação para a tomada de decisões mais saudáveis, que permitem que a criança consiga o máximo expoente do seu desenvolvimento.

2.3.2. O brincar como atividade promotora do desenvolvimento

Brincar é a profissão das crianças. Poucas atividades são universais como esta, praticada diariamente por todo o mundo. Historicamente, desde a Grécia Antiga que o brincar está ligado à essência do ser humano. (Whitaker & Tonkin, 2023). Mas o que é brincar? Moyles descreve "(...) o brincar como um processo que, em si mesmo, abrange uma variedade de comportamentos, motivações, oportunidades, práticas, habilidades e entendimentos (Moyles, 2006, p.13). Outra perspetiva, do psiquiatra Stuart Brown é de que brincar (*play*) é "*the basis of all art, games, books, sports, movies, fashion, fun, and wonder – in short, the basis of what we think of as civilization*", conforme citação de Goldstein (2012, p.5). Já Carlos Neto, um dos mais reconhecidos especialistas portugueses na área do jogo e brincadeira, defende que "Brincar é uma escola de aprendizagens irrepetíveis de situações inabituais, que se vão complexificando de acordo com o desenvolvimento das estruturas internas do corpo (motoras, sensoriais, percetivas, cognitivas, emocionais e sociais) e a tomada de consciência da complexidade ambiental" (Neto, 2020, p.16).

Várias são as formas de categorizar as brincadeiras e o brincar na infância, podem ser aqui organizados em quatro grupos: o jogo simbólico, o comum "faz-de-conta"; os jogos com objetos, como construções ou a utilização de brinquedos, paus ou pedras; o jogo social, como a macaca ou jogar à bola, onde existam regras e implicam interação social; o jogo de atividade física, no qual se inclui as lutas, corridas ou perseguições, que privilegiam o dispêndio energético e a atividade motora (Neto, 2020).

As vantagens e benefícios do brincar incluem o desenvolvimento de capacidades motoras, apuramento dos sentidos, expressão de emoções, aprender a partilha, aumento do vocabulário e da concentração, flexibilidade e expansão da imaginação e criatividade

(Singer, 1994). A estes podem ser acrescentados também a transmissão da cultura através dos jogos, a capacidade de resolução de problemas e do processamento de informação, além da sociabilização e o sentido de identidade entre pares (Neto, 2020).

No fundo, brincar é onde a grande parte da aprendizagem mais importante acontece e contribui para todos os domínios do desenvolvimento. Através do brincar, as crianças podem exercitar os músculos, estimular os sentidos, treinar a coordenação oculomotora, adquirir novas habilidades e aprender a dominar o seu corpo. É crido que o brincar serve como atividade adaptativa com o objetivo da aquisição de capacidades físicas, cognitivas, criativas e sociais que são necessários na vida adulta (Martorell et al., 2020; Moyles, 2006).

No contexto deste relatório de estágio, o brincar é apresentado como uma alternativa ao excesso de exposição aos ecrãs, também pelo seu papel promotor do desenvolvimento. Nesse sentido, os pais e cuidadores têm um lugar central nesta mudança do paradigma atual dos nativos digitais. Como foi referido anteriormente, Vygostky enquadrrou este papel do adulto como auxiliar da aprendizagem infantil no conceito de zona de desenvolvimento proximal. Bruner, um seguidor de Vygostky, aprofundou o conceito de andaime (*scaffolding*). A metáfora utilizada representa o suporte temporário que é dado às construções e que, quando estas estão terminadas, se retira. O papel do andaime no brincar é o de permitir que a criança entenda a brincadeira e que gradualmente a possa realizar sem necessidade do apoio de um adulto (P. K. Smith, 2006).

No espaço de uma geração, o brincar mudou dramaticamente e os adultos devem agir como facilitadores, providenciando tempo, espaço e ambientes apropriados que suportem o brincar, não só dentro de casa com a família, como também ao ar livre, assumindo mais riscos e impedindo que o receio de lesões ou da sujidade iniba as crianças de ter brincadeiras de exploração que tantos benefícios trazem ao seu bem-estar (Tonkin, 2023).

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Este percurso formativo iniciou-se com a identificação de um problema relacionado com a minha vida quotidiana e com o contexto onde exerço funções. Parti daí para a definição de objetivos com a finalidade de intervir no problema identificado, assim como para desenvolver, em cada contexto de estágio, competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), competências especializadas de EEESIP e de Mestre. Os objetivos gerais definidos foram os seguintes:

1. Desenvolver competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no cuidado à criança, ao jovem e família, nos processos de saúde-doença e nos diferentes contextos de saúde.
2. Desenvolver competências especializadas no âmbito da promoção da gestão da utilização dos ecrãs em crianças dos 0 aos 5 anos.

A partir destes, definiram-se os objetivos específicos e atividades a desenvolver, que foram revistas e adaptadas aos diferentes contextos de estágio, tendo em conta o diagnóstico de situação elaborado e as considerações dos Enfermeiros gestores e Enfermeiros Orientadores. A redação deste relatório de estágio representa o culminar de um percurso formativo, evidenciando o cumprimento dos objetivos que considero terem conduzido ao desenvolvimento de competências técnico-científicas e humanas para a prestação de cuidados especializados em enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Realço que este é também um dos componentes do ciclo de estudos que conduz ao grau de mestre (Assembleia da República, 2018). Assim sendo, este relatório foi orientado pela metodologia de projeto, que tem como objetivo central a resolução de problemas, decorrendo neste processo a aquisição de capacidades e competências, através da elaboração de projetos aplicáveis a uma situação real, estabelecendo uma ponte entre a teoria e a prática (Ferrito et al., 2010). Além de ser uma metodologia utilizada para estudar aspetos da realidade social, é uma atividade faseada e prolongada, de carácter intencional, que exige iniciativa, autonomia e autenticidade, sendo revestida de complexidade e incerteza. São definidos objetivos, que levam à definição das atividades e abordam um problema real para o executante. As etapas do projeto são a elaboração do diagnóstico, a planificação de atividades, a execução das mesmas, avaliação e divulgação dos resultados (Ferrito et al., 2010).

O desenvolvimento de competências comuns de EE e específicas de EEESIP é assente na observação e participação nos cuidados prestados pelos enfermeiros orientadores e também pela reflexão sobre as experiências vivenciadas em cada contexto de estágio. A formação experiencial pressupõe um papel ativo do sujeito, que assume a capacidade de experimentar e refletir sobre os acontecimentos do quotidiano (Cavaco, 2009). Aliar a experiência à formação académica é um requisito para desenvolver competências em enfermagem, pois estas são indissociáveis no incremento da capacidade de cuidar da saúde e lidar com a doença (Benner, 1994). Os níveis de proficiência definidos por Benner para a disciplina de Enfermagem têm como requisito a integração da teoria na prática, como meio de conseguir planificar os cuidados de forma mais eficiente, entendendo de forma mais ampla as situações com que se depara, visando tornar os seus cuidados mais seguros, fruto de raciocínio e julgamento clínico apurados (Benner, 2001). Já Netto et al. (2018) descrevem a prática reflexiva como um método de trabalho que permite ao profissional basear-se na sua prática profissional para produzir conhecimento.

A reflexão surge então como ferramenta vital para a aprendizagem na enfermagem. Além de permitir reconhecer forças e fraquezas, permite também superar a lacuna entre a teoria e prática de enfermagem (Peixoto & Peixoto, 2016). Também Wilding (2008) projeta a reflexão como aspeto fundamental da enfermagem, que requer autoconsciência e capacidade de análise e que deve ser desenvolvido e mantido ao longo da vida profissional. A reflexão surge como resultado do pensamento crítico e é o meio perfeito para a avaliação do cuidado de enfermagem (Wilding, 2008).

Assim sendo, a oportunidade de experienciar contextos de estágio muito diferentes daqueles onde exerço a minha atividade profissional e até da minha experiência prévia, levaram-me a procurar a aquisição de novos conhecimentos para fundamentar a prática e refletir sobre as situações de cuidados que vivi. Como afirmam Alarcão & Rua (2005), os estágios clínicos criam oportunidades de integração, mobilização e estimulação dos conhecimentos teóricos e práticos, sendo importantes para o desenvolvimento da competência profissional. Estes decorreram num período de 22 semanas, iniciando-se a 22 de maio de 2023 e terminando a 1 de fevereiro de 2024, conforme exposto no Cronograma de Estágios (Apêndice I).

A prática reflexiva foi a bússola que guiou este percurso formativo e é continuamente o fio condutor da minha prática profissional diária enquanto enfermeiro e futuro EEESIP. A reflexão crítica sobre as experiências vivenciadas nos diferentes contextos de estágio sustentou o percurso de desenvolvimento deste relatório.

4. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

No presente capítulo é analisado o percurso delineado no projeto que sustenta este relatório, com o objetivo do desenvolvimento das competências pretendidas. Para isso, é feita uma análise não só descritiva dos diferentes contextos de estágio, como também uma perspectiva crítico-reflexiva das experiências vivenciadas em cada um deles.

O Regulamento das Competências Específicas do EEESIP engloba três grandes áreas: assistir a criança/jovem e a família, na maximização da sua saúde; cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Regulamento n.º 422/2018).

Com o intuito de desenvolver as competências incluídas no referido regulamento, foram definidos objetivos específicos e planeadas atividades em cada contexto de estágio, designados de acordo com as particularidades de cada serviço e as aprendizagens identificadas como mais adequadas a cada local. Esta adaptação está prevista na metodologia de projeto, pois de acordo com Ferrito et al. (2010) a flexibilidade é componente inerente a esta metodologia, permitindo adaptações e reorientações conforme sejam necessárias. A efetivação destas adaptações ficou transcrita no Guia Orientador das Atividades de Estágio (Apêndice II), elaborado e adaptado após discussão com Enfermeiros Chefes, Enfermeiros Orientadores e Docente Orientadora no início de cada estágio.

Além desta reunião inicial, existiram outras atividades que foram transversais a todos os estágios. A pesquisa bibliográfica para aprofundamento de conhecimentos específicos de cada contexto de estágio, além da procura de normas, procedimentos, legislação e políticas em vigor que importassem para a concretização dos objetivos a que me propus. Foram utilizadas bases de dados (CINAHL, EBSCO, MEDLINE, Google Académico) para pesquisa de bibliografia de referência como forma de sustentar a reflexão e a prática desenvolvidas.

Particpei nos cuidados à criança, jovem e família através da observação participante e colaboração direta nos cuidados com o EEESIP orientador de cada estágio.

Segue-se a descrição das atividades desenvolvidas e a análise e reflexão das experiências vivenciadas e competências desenvolvidas nos diversos contextos de estágio, começando pela Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), seguida da Consulta de Desenvolvimento (CD), Neonatologia, Internamento de Pediatria (IP) e Serviço de Urgência Pediátrica (SUP).

4.1. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)

O primeiro contexto de estágio foi uma UCSP de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da região de Lisboa e Vale do Tejo e decorreu entre 22 de maio e 25 de junho. Esta unidade tem um universo de cerca de 12000 utentes, de entre os quais quase 9500 não têm médico de família atribuído. Tem uma equipa composta por 7 médicos (apenas 2 deles com tempo completo de funções), 7 enfermeiros, um dos quais EEESIP, 5 secretários clínicos e 2 assistentes operacionais, e desenvolve a sua atividade predominantemente nas áreas da gestão da saúde e doença. A unidade está situada numa zona habitacional com uma população de grande heterogeneidade de identidades culturais e religiosas, com reconhecidas carências socioeconómicas e no acesso aos cuidados de saúde.

Os objetivos que delinee para este contexto de estágio, dada a minha inexperiência em cuidados de saúde primários, foram direcionados para a aquisição de competências, particularmente ao nível da promoção de cuidados antecipatórios, através da participação nas Consultas de Enfermagem de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil (CEVSIJ). As linhas de atuação genéricas do Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) preconizam a harmonização das consultas com os momentos de vacinação, que é também uma prioridade devido aos movimentos anti vacinais, a valorização dos cuidados antecipatórios e a deteção precoce, acompanhamento e encaminhamento adequado de situações que afetem negativamente a saúde das crianças e jovens (Direção-Geral de Saúde, 2013).

A forma encontrada para atingir os objetivos específicos que dão corpo ao primeiro objetivo geral foi a participação ativa nas CEVSIJ. Tendo em conta que a enfermeira orientadora era a única EEESIP da UCSP, as atividades e competências desenvolvidas no estágio decorreram essencialmente das experiências e vivências

durante as consultas de enfermagem de Saúde Infantil e a administração de vacinas. No entanto, também pelo motivo elencado anteriormente, a faixa etária abrangida nas consultas foi, na sua quase totalidade, dos 0 aos 12 meses de vida.

As CEVSIJ funcionam por marcação prévia, assim como a administração de vacinas. Isto permite um planeamento da consulta, não só quanto aos parâmetros a avaliar como também às orientações antecipatórias a fornecer. A avaliação do desenvolvimento, através da escala *Mary Sheridan* modificada, devidamente parametrizada na plataforma informática *SClinico*, permitiu que desenvolvesse habilidades na área da identificação de sinais de alarme que justificassem reavaliação e/ou encaminhamento para observação médica para posterior referenciação conforme necessário.

O PNSIJ preconiza que sejam avaliados em todas as consultas as preocupações dos pais, intercorrências, a adaptação à escola ou infantário, os hábitos alimentares, práticas de atividade física e ocupação de tempos livres, as dinâmicas de crescimento e desenvolvimento e o cumprimento do calendário vacinal (Direção-Geral de Saúde, 2013). Usando como guião o PNSIJ, foi possível adequar a transmissão das orientações antecipatórias às necessidades e particularidades de cada criança e família. A forte componente multicultural e as diferentes confissões religiosas da população abrangida pela UCSP traduzem-se em hábitos e crenças muito diversas no que respeita ao desenvolvimento, conceitos de saúde e doença, alimentação e amamentação. Como tal, foi necessário entender as dinâmicas familiares, as condições socioeconómicas e habitacionais, para se adequar convenientemente os conteúdos e alternativas transmitidas às mesmas.

Durante a administração de vacinas e na colheita de sangue capilar para realização do rastreio metabólico inserido no Programa Nacional de Diagnóstico Precoce, pude aplicar técnicas de minimização da dor e do stresse relacionados com os procedimentos dolorosos. Em crianças com idade até aos 3 anos, estão recomendados o posicionamento ao colo dos pais, a administração de sacarose e/ou amamentação, a distração e a administração da vacina mais dolorosa em último, em caso de múltiplas inoculações (Grupo de Trabalho Dor na Vacinação, 2021). Envolver os pais/cuidadores nos conceitos dos CNT é de grande importância e o tema e as técnicas a utilizar foram abordados previamente à realização dos procedimentos. Foram utilizadas estas técnicas de forma isolada ou em simultâneo, com resultados tidos como positivos, tanto na avaliação da

equipa de enfermagem, como na perceção subjetiva dos pais, que referiram choro menos intenso e de menor duração.

A indicação do aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses é consensual e fortemente recomendada por robusta evidência científica, estando associado à diminuição do risco de diabetes, dermatite atópica, asma, obesidade, entre outras condições e patologias (Guerra et al., 2012). Durante as CEVSIJ esta recomendação foi envigorada, seguindo recomendações da ESPGHAN e da SPP, cabendo ao EEESIP desmistificar os conceitos errados que foram sendo apresentados como dúvidas por diversas mães. As crenças enraizadas quanto à quantidade do leite materno, da sua qualidade quando comparado com o leite de fórmula, hábitos religiosos e/ou culturais que ponham em causa a exposição do corpo da mulher ao amamentar, entre outras, foram frequentemente discutidas nas CEVSIJ.

A diversificação alimentar foi tema frequente nas CEVSIJ, sendo adaptada às condições socioeconómicas e às crenças religiosas ou culturais das famílias. A unidade já dispunha de um folheto com orientações sobre os tipos de alimentos e os momentos para a sua introdução. O método tradicional recomenda uma exposição gradual a alimentos sólidos, começando com purés e sopas e progredindo para alimentos em pedaços. No *Baby Led Weaning* é permitido e encorajado que a criança manuseie pedaços de comida adequados, partilhando a refeição com os pais. Esse método mostra potencial na redução de sobrepeso e obesidade, embora as evidências ainda sejam limitadas (Fewtrell et al., 2017).

No que respeita à temática que decidi abordar, foi identificado junto da enfermeira orientadora necessidade de formação à equipa, por ser uma temática que a maioria não conhecia ou valorizava como podendo ser alvo da intervenção do enfermeiro. Após este levantamento informal das necessidades formativas, foi delineado um plano que envolvia a criação de um folheto informativo a ser entregue aos pais na CVSII (Apêndice III), assim como uma proposta de procedimento que regula a sua implementação na unidade (Apêndice IV). Esta opção vem de encontro ao descrito por Palha et al. (2019) que defendem a abordagem aos pais no sentido da sensibilização sobre o uso de ecrãs, principalmente nos dois primeiros anos de vida, sugerindo ainda a inclusão das recomendações atuais de tempo de ecrã no PNSIJ.

Com o objetivo de operacionalizar da melhor forma o plano definido, foi realizada uma sessão de sensibilização à equipa de enfermagem, em que foi abordada a problemática da exposição excessiva a ecrãs e a intervenção do enfermeiro na promoção da gestão da utilização dos mesmos, tendo sido abordada a introdução da temática nas CVSJ. No final da sessão foi realizado um breve questionário visando avaliar a satisfação e os conhecimentos adquiridos pela equipa de enfermagem da unidade (Apêndice V).

4.2. Consulta de Desenvolvimento

Este estágio teve lugar num Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento, inserido num Centro de Medicina de Reabilitação, no período entre 26 de junho e 9 de julho. A prestação de cuidados neste serviço tem em vista a melhoria da qualidade de vida ao cliente pediátrico, entre os 0 e os 21 anos de idade, através de cuidados de habilitação ou reabilitação, de forma a proporcionar a melhor integração na família e sociedade. Os motivos de internamento mais frequentes são as patologias do foro neurológico, sejam de origem traumática, congénita ou degenerativa. A equipa de cuidados é multidisciplinar e engloba médicos, enfermeiros, auxiliares de ação médica, terapeutas, técnicos de serviço social, psicólogos, terapeutas ocupacionais, educadores de infância e professores e presta cuidados em regime de tratamento ambulatorio, consulta externa ou internamento. A admissão dos utentes no SRPD é precedida de referenciação pelo médico de família e é decidida numa primeira consulta a necessidade admissão do cliente e o regime de tratamento a instituir, seja em ambulatorio ou internamento. A delineação do plano terapêutico individualizado de reabilitação é decidida na admissão, em reunião da equipa multidisciplinar com os pais, sujeito a atualização semanal. Mensalmente realizam-se visitas médicas de rotina e uma reunião de Orientação de Casos Clínicos, em que estão representadas todas as áreas assistenciais do serviço. Nestas é avaliada e discutida a evolução da criança/jovem e o plano de intervenções é então ajustado às necessidades identificadas. O planeamento da alta, iniciado na admissão, é também parte essencial destas reuniões, sendo avaliadas questões relacionadas com as ajudas técnicas necessárias para o período pós-alta, assim como alterações estruturais ou funcionais necessárias para a preparação do domicílio, de forma a ajustá-lo à nova condição de saúde (Gomes, s.d.).

A prestação de cuidados de enfermagem pela equipa, que compreende um total de quinze elementos, dos quais três EEESIP, oito Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e quatro enfermeiros de cuidados gerais, baseia-se no Modelo das Atividades de Vida de Nancy Roper e é organizado pelo Método do Enfermeiro Responsável. Desta forma, os cuidados são individualizados, ajustados ao cliente e família e orientados pelo nível de dependência na realização das atividades de vida diária (Gomes, s.d.).

Após ter sido recebido pela enfermeira responsável e de ter a oportunidade de conhecer os vários departamentos do CMR, fui conduzido ao serviço de internamento, onde passei a acompanhar a equipa de enfermagem na prestação de cuidados durante as refeições, cuidados de higiene e vestir e despir, tendo sentido necessidade de aprofundar conhecimentos sobre a correta utilização das ajudas técnicas. Os utentes internados foram os mesmos durante todo o tempo de estágio, o que facilitou a compreensão mais ampla dos diagnósticos de enfermagem, planeamento de intervenções e a sua avaliação, em crianças e jovens com Necessidades Especiais de Saúde (NES).

Prestar cuidados a crianças e jovens com NES é uma competência do EEESIP que tive oportunidade de aprofundar neste estágio (Regulamento n.º 422/2018). A definição de criança com NES proposta por McPherson et al. (1998) refere-se àquelas que possuem ou se encontram em maior risco de desenvolver uma condição física, comportamental, emocional ou de desenvolvimento e que requerem mais cuidados de saúde ou relacionados, em maior quantidade ou diversidade do que as restantes crianças. Os recursos acrescidos de que necessitam podem ser diretamente relacionados com cuidados de saúde, terapias complementares, equipamentos e serviços de suporte, além de serviços de apoio familiar (McPherson et al., 1998).

As especificidades das condições de saúde de cada criança e jovem a quem prestei cuidados neste estágio exigiu um investimento do aprofundamento de conhecimentos para suportar a intervenção direcionada às necessidades específicas, nomeadamente nas atividades diárias em que é requerido apoio, como o autocuidado, vestir e despir, deambulação e alimentação. Descobrir uma variedade de ajudas técnicas, assim como a sua correta utilização e manipulação, estimulando a autonomia de clientes e famílias, de

acordo com as suas limitações, foi também um foco de estudo, pesquisa e aquisição de conhecimento numa área distante da minha prática de cuidados.

No Apêndice VI, aprofundi a reflexão sobre um caso que me impactou emocionalmente de forma particular, pelas limitações funcionais decorrentes da lesão medular que sofreu e pelo impacto destas na dinâmica pessoal e familiar. Como defendem Malheiro e Cepêda, (2006), o diagnóstico de uma nova doença crónica gera sentimentos de dor e revolta, levando a comportamentos difíceis de entender e gerir pela equipe de saúde. A adaptação dos pais é crucial para a forma como a criança ou jovem lida com sua condição, pois esta família é impactada diretamente pela nova realidade e desempenha um papel central nesse processo de adaptação. A intervenção do EEESIP com objetivo de empoderar a família no cuidado da criança ou jovem com condição crónica aumenta a confiança, reduz a dependência dos serviços de saúde e melhora a qualidade de vida, sendo essencial capacitar os pais para as novas tipologias de cuidados necessários (Mardhiyah et al., 2022).

Ter uma visão abrangente e global destas condições de saúde e das implicações que trazem para o cliente pediátrico foi facilitado pela possibilidade de assistir às reuniões de Observação de Casos Clínicos. Nestas são discutidos mensalmente, em equipa multidisciplinar, os planos de tratamento e reabilitação de cada cliente, como referido anteriormente. São também reformulados os objetivos terapêuticos e feitos ajustes ao programa de reabilitação, se tal for necessário ou pertinente. A preparação para a alta é também atualizada conforme a evolução clínica e funcional de cada cliente sendo fulcral, para uma visão holística do cliente e sua família, a presença de um membro de cada grupo terapêutico, pois as informações trazidas por cada um complementam-se, possibilitando um programa de reabilitação abrangente e completo (Gomes, s.d.).

No que concerne à implementação da temática deste relatório, foi necessário ajustar a intervenção à realidade do serviço. No curso das duas semanas de estágio, a faixa etária dos clientes internados situou-se entre os 9 e os 18 anos de idade, pelo que o foco principal da minha intervenção era desajustada à população internada. Assim sendo, e após discussão com a enfermeira orientadora, ficou decidida a realização de uma sessão informal de sensibilização aos pais para os cuidados a ter com a utilização dos ecrãs, com o tema “Vamos falar sobre ecrãs?” (Apêndice VII). Esta sessão foi direcionada

para os impactos do sobre uso dos ecrãs no sono, dada a larga utilização dos mesmo pelos clientes internados. Além disso, a temática do sono estava a ser alvo de projeto de intervenção no serviço, através de medidas promotoras do sono como a criação de uma hora para serem desligados os dispositivos com ecrãs. Nesse sentido e dados os impactos conhecidos dos ecrãs na qualidade e tempo do sono (Chindamo et al., 2019; Dube et al., 2017; Lan et al., 2020; Reyna-Vargas et al., 2022), a sessão informal teve foco principal nessa temática, salientando os impactos desfavoráveis do uso dos mesmo no período noturno. No entanto, como foi um momento de partilha de experiências e conhecimentos entre mim e os pais, foram apresentadas questões relacionadas com a dificuldade que sentiam em gerir a utilização de forma saudável das redes sociais pelos seus filhos. Como já tinha trabalhado esta temática durante o primeiro ano do CMESIP, pude esclarecer dúvidas e promover a sensibilização para as questões e riscos do uso da internet e das redes sociais. A avaliação da sessão não espelha todos os conteúdos abordados, por ter sido um momento menos estruturado, permitindo margem para partilha de outras experiências e preocupações. No entanto, desta sessão surgiram ideias que serviram de base à idealização de um projeto futuro, abrangendo todas as faixas etárias do cliente pediátrico, a ser desenvolvido no departamento de Pediatria do meu local de trabalho após o término deste percurso formativo.

4.3. Neonatologia

O estágio decorreu nas cinco semanas compreendidas entre 2 de outubro e 5 de novembro numa Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais (UCIEN) de uma Unidade Local de Saúde da região de Lisboa e Vale do Tejo. A estrutura física deste serviço divide-se em três salas, entre cuidados intensivos, cuidados especiais ou intermédios e berçário. O período em que estive em estágio na unidade coincidiu com a rotação da enfermeira orientadora na sala de cuidados intensivos e especiais, pelo que foi lá que colaborei e prestei cuidados na quase totalidade dos turnos.

A ausência de experiência profissional em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) neonatais, condicionava uma perspetiva meramente académica dos cuidados que necessita um recém-nascido prematuro (RNP). Este facto exigiu um processo de aprendizagem que, além da observação dos cuidados prestados pela equipa da UCIEN,

passou pela atualização de múltiplos conceitos e saberes que eram essenciais à aquisição de competências nesta área tão específica. Cimentar conceitos como cuidados neuroprotetores e cuidados desenvolvimentais constituiu uma trajetória essencial para que pudesse, no final do estágio, ser prestados cuidados a RNP em segurança.

Esta unidade recebe recém-nascidos (RN) de qualquer idade gestacional, pelo que a variabilidade da gravidade dos clientes admitidos à entrada é grande. No primeiro turno do estágio, deu entrada do bloco de partos uma RNP com 23 semanas e 3 dias de gestação e 540g, que requereu intervenções de suporte de vida imediatas, num trabalho de equipa que decorreu de forma fluida e organizada. Pude observar que o EEESIP é, por excelência, o mais dotado provedor de cuidados especializados e enfermagem em situações de instabilidade de sinais vitais (Regulamento n.º 422/2018), intervindo de forma pronta, conjuntamente com a equipa multidisciplinar, na estabilização do RN. Esta torna-se tão mais premente quanto menor a idade gestacional e o peso à nascença. Nesta unidade estava em implementação um protocolo cujo objetivo principal consiste na prestação destes cuidados iniciais no período de uma hora, denominada de *Golden Hour*. Este período crítico desempenha um papel particularmente fulcral no futuro de um recém-nascido de extremo baixo peso, sendo os seus focos principais a estabilização hemodinâmica e a minimização de complicações, como hipotermia, hemorragia intraventricular, doença pulmonar crónica e retinopatia da prematuridade (Reynolds et al., 2009). No final do turno, tive oportunidade de assistir à formação dada à equipa de saúde sobre esta temática, o que ajudou a dar suporte às intervenções a que tinha assistido. Esta experiência instou-me a refletir sobre os cuidados prestados a esse RN (Apêndice VIII).

Nas últimas décadas, os avanços nos cuidados de saúde aumentaram a taxa de sobrevivência dos recém-nascidos prematuros. Mesmo assim, o alto risco do desenvolvimento de lesões neurológicas permanentes devido à sua imaturidade ao nascer exigem internamentos longos em UCI neonatais (Montirosso et al., 2017). Cuidar do RNP exige reconhecimento das características dos mesmos e é de suprema importância a deteção precoce e atuação atempada nas emergências, podendo fazer a diferença um resultado favorável ou uma incapacidade permanente (Behr, 2024). Uma vez mais, pude entender como o EEESIP assume papel fundamental na prestação de cuidados diferenciadores para o RNP, intervindo atempadamente quando necessário, sempre com

o objetivo da promoção do seu crescimento e desenvolvimento (Regulamento n.º 422/2018). A prova da importância destes cuidados atempados estão as estatísticas que mostram que a sobrevivência de um recém-nascido de extremo baixo peso (RNEBP) melhorou significativamente, chegando aos 94% num RNP de 28 semanas. No entanto, as sequelas neurológicas que se traduzem em incapacidades de longo prazo não têm a mesma trajetória favorável, chegando a haver um aumento generalizado das mesmas (Altimier & Phillips, 2018).

As áreas de intervenção do Modelo Neonatal Integrativo dos Cuidados Desenvolvimentais dividem-se em sete: o **ambiente de cura**, que engloba o espaço físico, segurança, privacidade e fatores sensoriais como temperatura, luz, som, toque, propriocepção, cheiro e paladar. Limitar os movimentos desnecessários, controlar a temperatura e a luz, estimular o contato pele-a-pele e o uso de chupetas com leite materno para sucção não nutritiva são alguns exemplos. A **participação ativa dos pais nos cuidados do recém-nascido** é essencial. A colaboração entre enfermeiros e pais capacita-os a interpretar os sinais do bebé, promovendo um melhor desenvolvimento e diminuindo o tempo de internamento. O **posicionamento e manipulação** afetam positivamente o desenvolvimento músculo-esquelético e neuromotor, além de preservar a integridade da pele e o sono. Um posicionamento adequado promove segurança e evita o dispêndio energético, imitando o ambiente intrauterino. O método canguru é incentivado quando clinicamente possível. O **sono** com o mínimo de interrupções é fundamental para a neuroplasticidade. As manipulações e intervenções são coordenadas para minimizar a interrupção do sono e evitar sedação excessiva, com controle de ruídos e luz. A **dor e o stresse** desnecessários impactam negativamente no desenvolvimento cerebral e crescimento do RN. A redução desses fatores melhora os resultados desenvolvimentais. **Proteger a pele** é essencial para a termorregulação, balanço hidroeletrólítico e prevenção de infeções, especialmente em recém-nascidos extremamente prematuros. O uso cuidadoso de adesivos é uma prática tida em conta. Por fim, a **otimização da nutrição**, em que o aleitamento materno é amplamente recomendado, pois traz benefícios como a menor incidência de enterocolite necrosante, sépsis e retinopatia da prematuridade, além de melhores indicadores de neurodesenvolvimento. A capacitação dos pais para alimentar o RN de forma segura e eficaz é uma prioridade. Essas medidas visam promover o desenvolvimento neuromotor

e cerebral dos RN, além de procurar garantir o máximo de bem-estar durante o período de internamento (Altimier & Phillips, 2013).

Pude observar e participar, na sala de cuidados intensivos, nesta dinâmica de planeamento atento dos cuidados a prestar ao RNP. Tentar que houvesse o mínimo de manipulações, de ruído, de luz e de desconforto nestas intervenções era uma preocupação da equipa de saúde e passou também a ser minha. Nos cuidados que prestei com o EEESIP, foram observados os pressupostos do Modelo Neonatal Integrativo dos Cuidados Desenvolvimentais, planeando as intervenções a realizar, protelando ou antecipando conforme possível, para minimizar os impactos negativos no desenvolvimento. Perceber a tradução hemodinâmica da dor, do frio e do ruído no RNP, foi essencial para entender a importância desta forma de prestar cuidados em Neonatologia. No fundo, e uma vez mais, realçando o EEESIP como o profissional essencial na prossecução do crescimento e desenvolvimento saudáveis dos RN (Regulamento n.º 422/2018).

Tive também oportunidade, em alguns turnos, de observar e participar nos cuidados na sala de intermédios e berçário, permitindo ter uma visão mais atenta sobre a preparação para a alta dos RN. A inclusão dos pais na transição da alimentação parentérica ou enteral, normalmente por sonda orogástrica, para o aleitamento envolveu também mobilização de conceitos e treino de competências que não dominava. Também o método canguru é amplamente utilizado na unidade quando a estabilidade hemodinâmica do RN permite. A sua implementação permite beneficiar a amamentação e crescimento, diminuir o tempo de internamento, promovendo ao mesmo tempo a vinculação e o desenvolvimento motor e não impactando negativamente na termorregulação (Feldman et al., 2002; World Health Organization, 2002).

Faz parte da preparação para a alta a capacitação, empoderamento e avaliação da capacidade dos pais para prestar os cuidados de que um RN de baixo peso necessita no domicílio. São abordados temas como a segurança, o aleitamento, cuidados de higiene, a importância do cumprimento das vigilâncias regulares de saúde, seja em contexto comunitário ou e hospitalar e a vacinação, assim como sinais de alarme que justifiquem o recurso à urgência hospitalar. Há casos em que se procede à inclusão do RN no plano de visitas da Unidade Móvel de Apoio Domiciliário. Esta ferramenta, que é um projeto conjunto com outro hospital e uma fundação privada, permite uma maior proximidade

aos clientes pediátricos com necessidades particulares de vigilância de saúde no domicílio. O papel de promoção da saúde e de intervenção junto da família e da comunidade são competências do EEESIP e este projeto é um exemplo da diferença que as intervenções destes podem fazer nas vidas dos clientes.

Como forma de mobilizar a temática da sobre exposição aos ecrãs, foi discutido com a enfermeira gestora, enfermeira orientadora e também com a equipa o melhor método para poder transmitir de forma eficaz a pais que, pelas características dos seus filhos, já têm um grande conjunto de competências e conhecimentos para assimilar na alta. Assim sendo, foi criado o panfleto “Vou para casa. E Agora?” (Apêndice IX), com o objetivo de, mais do que alertar para os prejuízos do uso excessivo de ecrãs, ajudar a promover o desenvolvimento motor e cognitivo. Foi construída uma sequência cronológica de aquisições, com atividades ou brincadeiras adequadas a cada fase do desenvolvimento. Esta sequência não foi baseada nos períodos etários habitualmente definidos para cada aquisição, dado que a particularidade de cada RN obriga à individualização dos tempos em que estas ocorrem. O objetivo é que este panfleto seja entregue no momento da alta, para ser consultado pelos pais quando necessário.

Também foi promovida a sensibilização da equipa, em momentos informais, como passagens de turno, quanto à problemática e à intervenção do enfermeiro, embora na unidade não tenha observado a utilização abusiva de ecrãs em nenhum dos turnos que realizei.

4.4. Internamento de Pediatria

O quarto estágio deste percurso decorreu num Internamento de Pediatria de uma Unidade Local de Saúde da região de Lisboa e Vale do Tejo, entre 13 de novembro e 17 de dezembro. A orientação deste estágio foi assegurada por duas EEESIP. O Serviço é composto por 2 alas e uma sala de cuidados intermédios com 6 camas, com capacidade total de 36 camas de internamento, das quais 10 são em quartos individuais. A equipa é composta por 41 enfermeiros, dos quais 12 são EEESIP. É também esta equipa que assume os cuidados prestados pela Unidade de Hospitalização Domiciliária e de Cuidados Paliativos do Departamento de Pediatria desta unidade de saúde. Este serviço de internamento respeita os conceitos definidos na Carta da Criança Hospitalizada. Nesta, é

defendido que esta admissão no hospital deve apenas ser feita em situação em que seja impossível prestar os cuidados necessários em casa e nunca em serviços de adultos. Além disso, deve ser permitida a permanência e participação dos pais nos cuidados (IAC, 2017).

O processo de hospitalização é marcado por medos e inseguranças, por todas as alterações que acontecem nesse momento. O indivíduo hospitalizado é “retirado do seu ambiente familiar, seguro e afetuoso, afastado do seu núcleo de pessoas significativas, das suas atividades sociais, assumindo o papel de pessoa que é cuidada por outro” (Diogo & Baltar, 2014, p. 151). Os episódios de hospitalização e a experiência da doença são descritos como um dos momentos mais stressantes que as pessoas podem experienciar na sua vida. Para as crianças, estes efeitos podem ser ainda mais evidentes (Rokach, 2016).

A expectativa que trazia para este estágio passava em grande parte por ter a possibilidade de ter mais tempo para planejar, implementar e reavaliar um plano de cuidados de uma forma diferente da minha experiência profissional no serviço de urgência. A organização dos cuidados num serviço de internamento é feita pelo método do enfermeiro responsável, enquanto na urgência os enfermeiros são distribuídos de acordo com o método do posto de trabalho. Assumir os cuidados aos mesmos clientes em vários turnos durante o período de internamento permitiu, além do aprofundamento da relação com a criança/jovem e família, ter uma maior sensibilidade para a especificidade de cada cliente. Adequar e planejar de forma individualizada as intervenções a implementar, respeitando os tempos e limites de cada cliente foram as principais diferenças dos cuidados que pude prestar. A maioria dos internamentos neste período de estágio foram decorrentes de patologias do foro respiratório. Ao contrário do que se passou nos contextos anteriores, os cuidados prestados não exigiram uma aprendizagem tão profunda. Assim sendo, pude aproveitar este contexto para exponenciar vertentes dos cuidados que, pelas características únicas de um serviço de urgência pediátrica, raramente tenho oportunidade de pôr em prática.

Uma situação que teve particular impacto na minha experiência foi um caso de um internamento que atravessou todo o período do estágio. Apesar de ser um cliente que já conhecia do serviço de urgência, com internamentos frequentes e normalmente longos, os cuidados que lhe presto ocorrem num período inicial do processo de internamento. A doença de células falciformes (DCF) consiste em um defeito genético da

β -hemoglobina, tornando-se uma condição crónica associada a deterioração progressiva na função de vários órgãos. As moléculas de hemoglobina nestes doentes tende a agregar-se em polímeros rígidos, resultando nos glóbulos vermelhos em forma de foice, que causa oclusão venosa e isquemia. A principal causa de admissão hospitalar são as crises vaso oclusivas (CVO) (Schug et al., 2020). Estas caracterizam-se por dor aguda episódica e recorrente, normalmente no tórax, anterior ou posterior, abdómen, articulações ou ossos longos. A dor aguda deve-se à isquemia tecidual por défice no fornecimento de oxigénio, devido às oclusões vasculares causadas pela elevada viscosidade sanguínea (Takaoka et al., 2021). As metas de cuidados na abordagem à CVO são, numa fase inicial, o controle da dor aguda através do uso de analgésicos, anti-inflamatórios não esteroides e opiáceos, normalmente associados a hidratação por via endovenosa. Repetição de doses de analgésicos adequados até ser obtido o controle da dor são o objetivo da primeira abordagem (Lovett et al., 2014). O uso de morfina ou outros opiáceos nas CVO em crianças é frequente. Porém, deve ter-se em conta o risco de hiperalgia, tolerância e até dependência a este grupo de fármacos (Pecker & Darbari, 2019). Aliado à administração de fármacos, são consentaneamente promovidas medidas não farmacológicas de controle da dor e do stresse, ajustadas conforme eficácia e preferência individuais. No caso em específico, a música, a distração e o uso de calor ou frio local eram as medidas consideradas mais eficazes e aplicadas sempre que possível ou necessário.

Apesar de tudo, a sobrevida destes doentes tem vindo a melhorar, devido à introdução de reforços de imunização sazonal, profilaxia antibiótica e uso de hidroxiureia, além do diagnóstico precoce e a prevenção atempada das complicações que esta condição traz (Silva et al., 2015). A continuidade de cuidados para o resto da vida torna esta condição uma teia complexa de NES, com seguimento multidisciplinar (Pecker & Darbari, 2019).

A acrescer à condição de saúde exigente neste internamento, o facto de que a maioria do tempo este cliente se encontra sozinho, torna-se num desafio acrescido que é cuidar de uma criança não acompanhada. Na maioria dos episódios de internamento está presente um pai ou cuidador, que é responsável por muitos dos cuidados ao seu filho, como alimentação e cuidados de higiene. Como afirmam Diogo e Baltar (2014), "A hospitalização de uma criança constitui um acontecimento muito exigente

emocionalmente, ainda mais acentuado quando não dispõe da presença de uma figura afetivamente significativa” (p. 159). Segundo (Livesley, 2005), as crianças internadas sem acompanhante passam até 30% do seu tempo a demonstrar sinais de ansiedade ou stresse. Já Lulgjuraj e Maneval (2021) referem que a ausência do pai ou cuidador coloca em maior risco a criança para os efeitos negativos da hospitalização, que incluem fatores físicos e psicológicos de stresse e ansiedade. Por seu lado, Roberts (2010) destaca resultados desfavoráveis nas componentes emocional e comportamental, particularmente em *toddlers* e crianças em idade pré-escolar. Manifestações como ansiedade de separação, distanciamento, regressão, tristeza, apatia, medo do escuro ou dos profissionais de saúde, agressividade, hiperatividade, distúrbios alimentares e enurese são algumas das listadas. Além disso, realça a preocupação com a incapacidade de comunicação das crianças mais pequenas, não conseguindo verbalizar as suas necessidades, estando desta forma mais expostos a eventos adversos (Roberts, 2010).

As necessidades emocionais de uma criança internada sem acompanhante são compreensivelmente diferentes, estando esta mais fragilizada e vulnerável. “Perante a ausência de um acompanhante aquando da hospitalização do cliente pediátrico é o profissional de saúde que garante a satisfação de todas as necessidades da criança” (Diogo & Baltar, 2014, p.156). Os EEESIP devem procurar satisfazer estas necessidades emocionais através da relação terapêutica. Promover um ambiente seguro para a criança e prestar cuidados de uma forma afetuosa e carinhosa, sorrindo, falando com voz suave, mimando e pegando ao colo, são dádivas de afeto que nutrem a relação enfermeiro-cliente (Diogo & Baltar, 2014). No entanto, a emocionalidade acrescida nos cuidados, pelo facto de a criança se encontrar desacompanhada, deve levar o enfermeiro a procurar trabalhar as suas habilidades de gestão emocional, aproximando-se e distanciando-se dentro da relação com o cliente, de forma a prevenir desgaste e stresse emocional na prática dos cuidados (Diogo, 2017). Os cuidados que prestei a este cliente durante o período de estágio permitiram aprofundar a relação terapêutica, facto que veio a notar-se num episódio seguinte de admissão no serviço de urgência, onde pude compreender melhor a forma de abordar as suas necessidades de saúde e, com maior eficácia ajudar a delinear com a equipa multidisciplinar um plano individualizado de controle sintomático.

Sobre as atividades realizadas no que respeita à intervenção na gestão do tempo de utilização dos ecrãs, além de abordar o tema informalmente com os enfermeiros do serviço, em momentos como passagens de turno, as contingências com o grande número de clientes com necessidades de isolamento respiratório e/ou de contacto levaram a que a sessão de formação inicialmente planeada fosse sendo adiada e acabasse por ser feita em conjunto com outra colega do CMESIP (Apêndice X). Os temas tinham pontos comuns e foi considerado oportuno agregar as duas sessões como forma de otimizar o tempo e a disponibilidade dos pais para assistir à mesma. No entanto, não foi possível ter o número desejado de cuidadores presente. Mesmo assim, considero que a informação transmitida tenha sido bem recebida e considerada pertinente para os presentes.

Nesse sentido e após discussão com as enfermeiras orientadoras, elaborei um poster alusivo aos riscos da utilização excessiva dos ecrãs com o intuito de aumentar a abrangência da intervenção, que ficou exposto na sala de atividades do serviço (Apêndice XI). Este poster contém ainda um código QR que permite o acesso dos pais e cuidadores a um guia com informações relativas às recomendações sobre o sobre-uso dos ecrãs, assim como estratégias e brincadeiras que podem realizar em casa com os seus filhos, divididos por escalões etários (Apêndice XII).

Tive oportunidade também de apresentar a minha intervenção na reunião do Núcleo de Enfermeiros Especialistas de Saúde Infantil e Pediátrica da instituição (Apêndice XIII). Foi um momento de discussão em que acabou por se exceder o tempo definido para a mesma, pelo número de questões colocadas pelos presentes, pelo que considero que foi uma sessão frutuosa e que permitiu estender o alcance a outros EEESIP de outras instituições que também estiveram presentes como convidados.

4.5. Urgência de Pediatria

O último estágio decorreu no serviço onde presto funções atualmente, entre 8 de janeiro de 11 de fevereiro. Esta Urgência Pediátrica está inserida numa Unidade Local de Saúde da ARS de Lisboa e Vale do Tejo e é composta por uma área ambulatoria, com triagem, sala de reanimação, três quartos de vigilância/isolamento, duas salas de tratamentos e uma sala de recobro. Existe também uma unidade de internamento de curta duração com 6 camas. A equipa é composta por 26 enfermeiros, dos quais 10 são

EEESIP e 2 são EEER. O facto de trabalhar desde 2006 no serviço permite-me ter uma visão clara dos cuidados prestados no serviço, das suas normas, procedimento e protocolos, assim como da missão e fundamentos dos cuidados. Aproveitei este estágio para aprofundar o que pode ser a intervenção especializada do EEESIP numa urgência.

Este serviço tem um grande número de admissões por ano. A título de exemplo, em 2023 houve um total de 58000 admissões, o que faz com que seja a quinta urgência do país neste indicador (SNS, s.d.). Este número tem, inclusivamente, vindo a aumentar e Portugal é o país da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico em que há maior número de admissões nas urgências *per capita* (Martins et al., 2020). No entanto, a maioria dos clientes admitidos têm doença ligeira e são classificados como pouco ou não urgentes pelos protocolos de triagem. Este parece ser um facto transversal à maioria das urgências pediátrica do país, havendo taxas de entre 20% e 50% de admissões por motivos não-urgentes (Caldeira et al., 2006; Freitas et al., 2016).

Tive oportunidade, durante este estágio, de observar e tomar parte numa prática diária em que são preconizados os cuidados não traumáticos, pois é um dos fundamentos dos cuidados do Departamento da Criança e do Jovem desta Unidade de Saúde. Nesse sentido, são adotados um conjunto de estratégias de minimização do trauma associado aos cuidados de enfermagem. O Núcleo Hospitalar Contra a Dor, composto por EEESIP e médicos, é responsável pela formação dos profissionais de saúde na abordagem à dor crónica, mas também pela implementação e melhoramento de estratégias farmacológicas ou não farmacológicas de controle da dor e do stresse causado pelos procedimentos invasivos. É também o responsável pelo “Kit Sem Dor” existente nas salas de tratamentos, que contém diversos brinquedos e utensílios que podem ser utilizados na prestação de cuidados não traumáticos. Aliar este kit ao uso de variadas técnicas de distração e o uso alargado de MEOPA (Mistura Equimolar de Oxigénio e Protóxido de Azoto) em diversos procedimento é frequente. A frequência crescente do seu uso em todo o departamento traduz a evidência de que a gestão da dor nos cuidados ao cliente pediátrico é uma intervenção essencial na qualidade da prestação dos mesmos. A ansiedade e o stresse causados por procedimentos de tratamento e diagnóstico, seja do cliente pediátrico ou dos seus pais, são fatores de agravamento da dor nos cuidados (Escobar et al., 2019). Outros exemplos incluem a sedo-analgesia para suturas complexas ou tratamentos de fraturas ósseas ou realização de exames de

imagem em que a colaboração não seja possível, além da utilização da via intranasal como forma preferencial de ministração de sedação, como forma de evitar punções venosas que não sejam impreteríveis. Pude entender que a intervenção do EEESIP é o elemento diferenciador na avaliação da dor, na implementação das técnicas não farmacológicas de controle da mesma e na articulação com a equipa médica na necessidade de administração de analgésicos.

Também os cuidados centrados na família e em parceria com a mesma fazem parte da base fundamental dos cuidados (Semião & Costa, 2021). A permanência dos pais durante as 24h do dia e um horário alargado e flexível de visitas permitem minorar o efeito do afastamento do cliente da sua família e da sua casa. Negociar com os pais é prática diária, envolvendo-os na tomada de decisão dos cuidados a ser prestados, procurando um máximo de segurança para clientes e famílias. Para isso, são prestadas todas as informações de forma completa e clara, abrindo espaço para que a decisão de estar ou não presentes nos procedimentos seja tomada e aceite pela equipa (O'Malley et al., 2008). Esta postura está em consonância com a Carta da Criança Hospitalizada, no seu artigo 2.º, onde se advoga pelo direito da criança de ter os pais ou substitutos junto dela, seja qual for a idade ou o estado, dia e noite e que esta presença deve ser contínua, mesmo “durante períodos de coma ou de semiconsciência e durante a reanimação” (IAC, 2017, p.8).

Apesar de ser uma função que assumo desde 2012, a possibilidade de ser orientado em estágio por um EEESIP com maior experiência no serviço e na função de coordenação do turno que eu, permitiu que tivesse uma visão diferente sobre a organização dos cuidados no serviço. Esta função envolve, além da responsabilidade na gestão dos elementos da equipa (enfermeiros e técnicos auxiliares de saúde), a capacidade de resolução das ocorrências que surjam em momentos em que o enfermeiro gestor não esteja presente, ou seja, nos turnos da tarde e noite e durante os fins-de-semana e feriados. Considero que o EEESIP é o elemento mais bem preparado para cumprir com as exigências desta função, em linha com as competências comuns e específicas que se desenvolvem no percurso formativo para a atribuição deste título.

Recordo uma situação específica em que a intervenção do EEESIP foi essencial na assunção dos cuidados não traumáticos e participação da família nas decisões relacionadas com os cuidados a prestar. Tratava-se de um caso de uma pré-adolescente

de 11 anos, vítima de acidente escolar, com traumatismo do antebraço direito, que apresentava óbvio deformação e edema exuberante. Após triagem e comunicação ao médico presente, foi obtido um acesso venoso periférico para analgesia, recorrendo à música e técnicas de respiração como métodos não farmacológicos de controle da dor. Após a administração da analgesia prescrita e após confirmação radiológica da fratura dos dois ossos do antebraço, o passo seguinte é a redução incruenta. Este passo envolve elementos da equipa multidisciplinar que não estão tão despertos para os cuidados não traumáticos e para a presença dos familiares nos procedimentos. Nesta altura, os ortopedistas quiseram acelerar o processo, o que não permitiria que a sedo analgesia fosse instituída e, além disso, assumiram que os pais não iriam estar presentes na sala de tratamentos, tendo pedido que saíssem da sala. A intervenção do EEESIP foi fundamental para que o tempo de início do efeito da terapêutica instituída fosse respeitado, assim como para permitir a tomada de decisão dos pais, após a prestação da informação necessária sobre o procedimento que iria ser realizado, sobre se queriam ou não estar presentes na sala durante o mesmo. Neste caso, os pais decidiram não assistir à redução da fratura, e preferiram esperar na sala de recobro. Esta atuação está em linha com as competências do EEESIP e com os fundamentos dos CCF e dos cuidados não traumáticos, fulcrais na prestação de cuidados ao cliente pediátrico. Poder ter participado nesta situação específica de cuidados permitiu entender o escopo de ação específica do EEESIP, no que concerne à comunicação com a família e à gestão da dor (Regulamento n.º 422/2018).

Apesar de ser um local onde é mais facilmente questionável a presença das famílias, está assente desde 2013 no serviço que os pais possam estar com os seus filhos em todas as circunstâncias, o que naturalmente inclui a sala de reanimação. O trabalho de Doyle et al. (1987) foi o primeiro a abordar esta temática. O resultado do seu estudo revelou benefícios aparentes da presença de familiares na sala de reanimação no processo de luto e também pela sensação de terem dado contributo positivo nos cuidados. Encontram-se benefícios na presença de familiares durante os cuidados de saúde, destacando o apoio ao processo de luto, melhoria na comunicação e alívio da ansiedade de pais e crianças (Lowry, 2012; Malta et al., 2015; Mekitarian & Angelo, 2015). A presença familiar proporciona conforto físico, emocional e espiritual e reduz o estresse ao permitir que familiares participem de decisões importantes (Toronto & LaRocco, 2019;

Vaz et al., 2016). Por outro lado, há o aumento de custos e a necessidade de um profissional dedicado ao suporte familiar (Vaz et al., 2016). É referido ainda que a presença de familiares pode aumentar o stresse e o medo de falhar, além de potencialmente impactar na dinâmica dos cuidados prestados (Lowry, 2012; Madden & Condon, 2007; Zavotsky et al., 2014). Há ainda referência a uma maior predisposição por parte dos enfermeiros para fomentar a presença dos pais na sala de reanimação relativamente aos médicos, em contextos de prática de cuidados a crianças e jovens, nomeadamente em unidades de emergência mistas que assistem clientes adultos e pediátricos em espaços partilhados (Beckman et al., 2002). Monks e Flynn (2014) abordam a capacidade de cuidado individualizado e humanístico do enfermeiro, em simultâneo com a necessidade de intervenções de elevada perícia, como requisitos para lidar com uma emergência clínica, ressaltando que os EEESIP devem ser uma fonte de humanismo e carinho para os familiares, numa situação de tão grande tensão e ansiedade (Monks & Flynn, 2014).

A implementação da intervenção no que concerne à temática que decidi trabalhar foi feita em múltiplos momentos informais. Além desses, foram promovidas sessões formais aos pares, que tiveram bastante participação e que geraram momentos de discussão proveitosos (Apêndice XIV). No que concerne à intervenção junto das famílias, a forma que encontrei de promover a mudança de comportamentos relativamente aos excessos na utilização dos ecrãs, além de momentos pontuais que surgiram naturalmente na prestação de cuidados, foi a realização de um poster, que ficou afixado em ambas as salas de espera do serviço (Apêndice XV). Neste, estava contido o mesmo código QR que dá acesso ao documento “Brincar de Acordo com a Idade” (Apêndice XII).

Realizei ainda uma proposta de um procedimento (Apêndice XVI), que tem como objetivo servir como guia orientador da intervenção de todos os enfermeiros do Departamento da Criança e do Jovem desta Unidade de Saúde, uniformizando a atuação perante a evidência de sobre-exposição a ecrãs. Foi desenvolvido ao longo dos três contextos de estágio, estando nele incluído o acesso aos conteúdos do panfleto “Vou para casa! E agora?” (Apêndice IX) e ao documento “Brincar de Acordo com a Idade” (Apêndice XII). Este último foi elaborado para permitir a consulta através de um código QR, por parte dos pais, sobre o que são os ecrãs, os seus impactos e as recomendações europeias e mundiais quanto à sua utilização de forma equilibrada. Aborda ainda o que é esperado

do desenvolvimento motor e cognitivo, assim como sugestões de atividades. Está organizado por grupos etários: o lactente (dos 0 aos 12 meses), o *toddler* (1 a 3 anos) e a criança em idade pré-escolar (3 a 5 anos). Desta forma, são fornecidas sugestões de fácil aplicação, adequadas à idade e promotoras do desenvolvimento e, conseqüentemente, da saúde.

5. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Em cada contexto de estágio acrescentei saberes e desenvolvi ou aprimorei competências essenciais ao meu exercício profissional como EEESIP, como descrito anteriormente. A definição de competência de Amaral e Figueiredo (2021) descreve a habilidade de agir de forma responsável, eficaz e reconhecida, considerando o contexto profissional e submetendo-se a um sistema de avaliação. Costa e Gonçalves (2021) acrescentam que, em enfermagem, a competência inclui o saber científico e ético, o saber ser, o saber estar e o saber fazer. Já Salum e Prado (2014) afirmam que a competência é uma habilidade em constante desenvolvimento, essencial para atuar com segurança e eficácia, devendo ser atualizada perante as mudanças do mundo contemporâneo. Além disso, argumentam que o conhecimento não se esgota com a formação inicial nem com a experiência quotidiana (Salum & Prado, 2014).

A atribuição do título de EEESIP pela Ordem dos Enfermeiros pressupõe a aquisição de um conjunto de competências que inclui, além das imputáveis a todos os EE, as especializadas da área da saúde infantil e pediátrica, que visam responder globalmente ao mundo da criança, prestando cuidados de nível avançado ao cliente pediátrico e sua família em todos os contextos em que estes estejam inseridos (Regulamento n.º 422/2018). Destacarei em seguida as que considero ter desenvolvido de forma mais relevante.

Em linha com as **competências comuns de EE**, em todos os contextos de prestação de cuidados assegurei o integral cumprimento dos normativos legais e éticos da profissão, pugnando pelo respeito pelos direitos humanos. A atualização científica e conceptual que foi necessário desenvolver neste percurso formativo, onde contactei com contextos distintos da minha área de experiência profissional, serviu de base à prestação de cuidados num ambiente seguro, visando a melhoria contínua de cuidados (Regulamento n.º 140/2019).

Ressalvo em particular as pertencentes à competência do domínio da melhoria contínua da qualidade, em específico a “B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (Regulamento n.º 140/2019, p.4745). Destaco neste ponto a criação das propostas de normas ou procedimentos que visam regular a intervenção dos enfermeiros quanto à utilização excessiva dos ecrãs, tanto em

contexto de Cuidados de Saúde Primários como no Departamento de Pediatria da ULS onde estagiei (Apêndices IV e XVI). Já no respeitante às competências “C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizado a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e “C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4748), pude experienciar no Internamento de Pediatria e no Serviço de Urgência a importância da coordenação de turno ser feita por um EEESIP, posição que assumem com suprema capacidade, alicerçada na vasta experiência na gestão dos seus serviços, atuando em áreas como a gestão dos cuidados, dos recursos humanos e materiais, assim como assertivamente resolvendo as situações que surgiram durante os turnos. Por último, a competência “D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” e mais especificamente a unidade de competência “D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho” (Regulamento n.º 140/2019, p.4749), operacionalizada pelas diversas formações realizadas em serviço, tanto formais como informais e sua respetiva avaliação. Também na apresentação realizada no Núcleo de Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica da ULS onde estagiei, que se tornou um veículo privilegiado de transmissão do propósito da minha intervenção, particularmente importante por ser a instituição onde presto funções. Como afirmam Salum & Prado (2014), a educação permanente deve ser integrada no pensamento e nas práticas profissionais, visando promover tanto o crescimento pessoal quanto o desenvolvimento profissional, fortalecendo a organização do processo de trabalho (Salum & Prado, 2014).

No respeitante às competências específicas de EEESIP, começo pelo domínio **“E1 - assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”**. Em todos os contextos pude desenvolver a unidade de competência “E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (Regulamento n.º 422/2018, p. 19193) pois os cuidados de enfermagem no Departamento de Pediatria da ULS onde realizei os estágios hospitalares está assente nos princípios dos CCF, que envolvem as famílias em parceria na prestação de cuidados em todos os contextos. No entanto, ressalvo a preparação para a alta, com a realização dos panfletos “Vou para casa e agora” a ser entregue no momento da alta na UCIN e “Cuidados a ter com o tempo de ecrã?”, a ser

operacionalizado nas consultas do PNSIJ na UCSP onde estagiei. Ambos os documentos pressupõem e promovem o papel fulcral da participação parental na promoção da saúde dos seus filhos. A unidade de competência “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (Regulamento n.º 422/2018, p.19193) foi possível de operacionalizar especificamente nas consultas do PNSIJ nos cuidados de saúde primários. Valorizar os cuidados antecipatórios, facultando a pais e cuidadores os conhecimentos necessários a um melhor desempenho da parentalidade e da promoção e proteção dos direitos da criança, a promoção da vacinação, a deteção precoce e o acompanhamento e encaminhamento de situações que afetem negativamente a saúde de criança são linhas de atuação (DGS, 2013) que dependem também da intervenção do EEESIP.

No domínio da competência **“E2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”** (Regulamento n.º 422/2018, p. 19193), a prestação de cuidados em ambientes como a UCIEN e o SUP são o lugar de eleição para as práticas especializadas de enfermagem em situações de instabilidade de sinais vitais. No SUP, a prestação de cuidados na sala de reanimação e na UCIEN a assistência a um RN gravemente doente foram ocasiões em que pude compreender a capacidade diferenciadora do EEESIP, em linha com a unidade de competência “E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” (Regulamento n.º 422/2018, p. 19193). A gestão da dor, através da prestação de cuidados não traumáticos foi efetivada em todos os contextos, pois é um dos pilares da enfermagem pediátrica. Promover técnicas não farmacológicas de controle da dor e desconforto em contextos como punções venosas, vacinação e as manipulações dos RN na UCIEN e a intervenção em equipa multidisciplinar no sentido da sensibilização para a utilização atempada de sedação e analgesia foram intervenções desenvolvidas e que se encaixam na unidade de competência “E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (Regulamento n.º 422/2018, p.19193). Ter tido a oportunidade de prestar cuidados no estágio da CD, onde encontrei clientes com doenças raras e com incapacidades ou deficiências congénitas ou adquiridas, permitiu que me apercebesse com maior clareza das necessidades particulares de cuidados que visam a adaptação das crianças/jovens e famílias às mesmas. Também no Internamento de Pediatria pude prestar cuidados de forma mais

continuada a crianças com NES e suas famílias, abrindo os horizontes do raciocínio clínico necessário para a abordagem a patologias que são normalmente multissistémicas. Aliado à prestação de cuidados, a reflexão realizada no contexto da CD (Apêndice VI) traduz o raciocínio crítico por detrás da observação de uma situação específica, em concordância com as unidades de competência “E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados” e “E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (Regulamento n.º 422/2018, p.19193).

No respeitante ao domínio de competência **“E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”** (Regulamento n.º 422/2018, p.19194), destaco que em todos os contextos hospitalares e também na UCSP, a multiculturalidade foi um fator constante. Incluídos em zonas demográfica e sociologicamente diversas, com várias comunidades e confissões religiosas, com hábitos e conceitos de saúde e doença diferentes, foi necessário um esforço particular de aproximação às famílias, muitas vezes com barreiras linguísticas significativas. Como afirmam Aghajari et al. (2019), prover cuidados culturalmente sensíveis é multifacetado e envolve uma equipa de enfermagem devidamente treinada. No mesmo sentido, Tuohy et al. (2008) enfatizam a importância de serem fornecidos os recursos adequados às equipas de saúde para serem prestados os melhores cuidados holísticos, independentemente da origem étnica dos clientes (Tuohy et al., 2008). O EEESIP pode desempenhar este papel de membro dinamizador dos cuidados culturalmente sensíveis nas equipas, trazendo respostas mais adequadas às necessidades de saúde das diferentes populações a que presta cuidados, incorporando a unidade de competência “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento n.º 422/2018, p.19194). No que concerne à unidade de competência “E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” pude na UCSP proceder à avaliação de muitos lactentes até aos 12 meses de vida, considerando ter sido extremamente proveitoso na identificação das alterações do desenvolvimento e no estabelecimento de intervenções direcionadas para o normal desenvolvimento juntos dos pais ou cuidadores. Também a mobilização da temática escolhida para estes estágios é em si promotora de um crescimento e desenvolvimento saudáveis, pela minoração dos impactos da exposição excessiva aos ecrãs, assim como

das alternativas de atividades fornecidas em alternativa. Já no que respeita à unidade de competência “E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais” (Regulamento n.º 422/2018, p.19194) o contexto em que pude contactar com esta tipologia de clientes foi na UCIEN, onde pude participar nas estratégias de vinculação, através da promoção do contacto pele a pele e da amamentação. Uma vez mais, também o panfleto que realizei neste contexto de estágio é promotor da vinculação, pois preconiza tempo de qualidade entre pais e filhos, promovendo atividades e brincadeiras em conjunto.

A atribuição do grau de mestre foi também um dos objetivos deste percurso formativo. Para a obtenção deste grau académico, deve ser demonstrado conhecimento avançado e aprofundado na sua área, com capacidade para aplicar esses conhecimentos em contextos novos e multidisciplinares. É essencial conseguir integrar informações complexas, mesmo quando incompletas, considerando as implicações éticas e sociais das suas decisões. Além disso, deve ser capaz de comunicar as suas conclusões de forma clara tanto para especialistas quanto para leigos, mantendo uma postura de aprendizagem contínua e independente ao longo da vida (Decreto-Lei n.º 65/2018). Para isto contribuiu o desenvolvimento do protocolo de revisão scoping intitulado “O poder do brincar: Intervenções lúdicas utilizadas pelos enfermeiros no cuidado à criança hospitalizada. Uma revisão Scoping”, em conjunto com duas colegas do CMESIP, com o intuito de realizar a revisão num futuro próximo (Apêndice XVII). Também incluíveis nas características esperadas de um mestre estão as formações realizadas a pares e a leigos durante este percurso formativo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS

Este relatório teve como objetivo explicar o percurso formativo delineado com o objetivo de promover o desenvolvimento profissional e pessoal. Objetivando as competências comuns de EE e específicas de EEESIP, assim com a obtenção do grau acadêmico de mestre, foi suportado numa intervenção direcionada para a promoção da saúde, mais especificamente do desenvolvimento infantil dos 0 aos 5 anos, através da gestão da utilização dos ecrãs.

É sabido que a temática dos ecrãs é estudada desde que se massificou a utilização da televisão, consolas e computadores. Com a expansão das tecnologias móveis com ecrã ocorrida nos últimos anos e as suas implicações na facilidade de acesso e uso, novas problemáticas têm surgido em todas as áreas de estudo que gravitam o mundo das crianças e jovens. A intervenção de enfermagem é também essencial nesta temática, pois é o EEESIP quem deve oferecer cuidados avançados e seguros à criança/jovem, seja saudável ou doente, além de promover a saúde e apoiar a família. O seu objetivo é trabalhar em parceria com a criança/jovem e famílias em diversos contextos — hospitais, escolas, comunidade e em casa — visando alcançar o melhor estado de saúde possível (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Partindo baseado num enquadramento conceptual que suporta de forma firme a intervenção a realizar, foram desenvolvidas atividades em diversos contextos de estágio, com características e objetivos distintos, visando a promoção do desenvolvimento infantil. A prestação de cuidados à criança/jovem e sua família foi baseada numa avaliação holística, considerando os fatores que influenciam as decisões sobre a utilização dos ecrãs. Promovi cuidados antecipatórios e desenvolvi conhecimentos e habilidades que facilitassem o papel parental na promoção do desenvolvimento infantil. Ao prestar cuidados, adotei estratégias comunicacionais centradas na família para garantir um cuidado não traumático. Em todos os contextos, procurei criar parcerias com a criança/jovem e família, visando o atingimento do melhor estado de saúde possível. É ainda de salientar a importância do desenvolvimento profissional contínuo, pautado no autoconhecimento e em formação constante, fundamentado em evidências científicas para atender às necessidades da criança/jovem e família.

Quanto à influência dos ecrãs no desenvolvimento infantil, evidências científicas recentes mostram que os impactos no desenvolvimento infantil são reais, variados e duradouros. Além disso, os pais brincam cada vez menos com os filhos, e muitos desconhecem o impacto positivo dessa atividade. Aqui, o papel do EEESIP é essencial como promotor e mediador do desenvolvimento infantil, orientando os pais sobre a importância de cumprir as recomendações sobre o tempo de utilização dos ecrãs, mas também da importância do brincar, fornecendo orientações práticas para incentivá-lo em casa. Em todos os contextos, procurei facilitar a transição para a parentalidade e prestar cuidados que maximizassem a saúde da criança/jovem.

De futuro, pretendo continuar a intervenção na temática dos ecrãs, procurando implementar na instituição onde presto funções o projeto de protocolo realizado durante o estágio. Além disso, outro projeto será o de alargar o escopo da intervenção para atingir todas as idades do cliente pediátrico, abrangendo áreas diferentes da problemática dos ecrãs, servindo como exemplos a utilização abusiva das redes sociais e o *cyberbullying*. Com o advento recente das Unidades Locais de Saúde, procurarei estender a intervenção aos cuidados de saúde primários, trabalhando a problemática de forma mais próxima da comunidade. Pretendo ainda concluir a Revisão *Scoping*, com o título “Intervenções lúdicas utilizadas pelos enfermeiros no cuidado à criança hospitalizada. Uma revisão *scoping*”, para posterior divulgação dos resultados obtidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aghajari, P., Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Ghahramanian, A., & Foronda, C. (2019). Cultural sensitivity in paediatric nursing care: a concept analysis using the Hybrid method. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33 (3), pp. 609–620.
<https://doi.org/10.1111/scs.12654>
- Aguiar, C. A. S., Silva, M. C. B., Queiroz, S. A., & Santos, R. L. (2021). Modelo de promoção da saúde como aporte na prática de enfermagem. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 11 (64), pp. 5604–5615. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i64p5604-5615>
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14 (3), pp. 373–382.
<https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>
- Al-Motlaq, M. A., Carter, B., Neill, S., Hallstrom, I. K., Foster, M., Coyne, I., Arabiat, D., Darbyshire, P., Feeg, V. D., & Shields, L. (2019). Toward developing consensus on family-centred care: An international descriptive study and discussion. *Journal of Child Health Care*, 23 (3), pp. 458–467. <https://doi.org/10.1177/1367493518795341>
- Altimier, L., & Phillips, R. (2018). Neuroprotective Care of Extremely Preterm Infants in the First 72 Hours After Birth. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 30 (4), pp. 563–583. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2018.07.010>
- Altimier, L., & Phillips, R. M. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13 (1), pp. 9–22.
<https://doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>
- Amaral, G., & Figueiredo, A. (2021). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: uma visão de peritos. *Revista de Enfermagem Referência*, V Série (N.º 5). <https://doi.org/10.12707/RV20036>
- American Academy of Pediatrics. (2016). Beyond Screen Time: A Parent's Guide to Media Use. www.common sense media.
- Assembleia da República. (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018. 1.ª série (N.º 157 de 16/08/2018), pp. 4147–4182. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

- Barreto, A. (2016). Paradigma Sistêmico no Desenvolvimento Humano e Familiar: A Teoria Bioecológica de Urie Bronfenbrenner. *Psicologia em Revista*, 22 (2), pp. 275–293. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682016000200003
- Bates, L. C., Zieff, G., Stanford, K., Moore, J. B., Kerr, Z. Y., Hanson, E. D., Gibbs, B. B., Kline, C. E., & Stoner, L. (2020). Covid-19 impact on behaviors across the 24-hour day in children and adolescents: Physical activity, sedentary behavior, and sleep. *Em Children* (Vol. 7, n.º 9). MDPI. <https://doi.org/10.3390/children7090138>
- Beckman, A. W., Sloan, B. K., Moore, G. P., Cordell, W. H., Brizendine, E. J., Boie, E. T., Knoop, K. J., Goldman, M. J., & Geninatti, M. R. (2002). Should parents be present during emergency department procedures on children, and who should make that decision? A survey of emergency physician and nurse attitudes. *Academic Emergency Medicine*, 9 (2), pp. 154–158. <https://doi.org/10.1197/aemj.9.2.154>
- Behr, J. H. (2024). The High-Risk Newborn and Family. Em M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs (Eds.), *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12.ª ed., pp. 270–337). Elsevier.
- Benner, P. (1994). From novice to expert. Em *A collection of readings related to competency-based training*. Deakin University, pp. 127–137. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED384695.pdf>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Quarteto.
- Boztepe, H., & Yildiz, G. K. (2017). Nurses perceptions of barriers to implementing family-centered care in a pediatric setting: A qualitative study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 22 (2). <https://doi.org/10.1111/jspn.12175>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1989a). Ecological systems theory. Em R. Vasta (Ed.), *Annals of Child Development* (Vol. 6, pp. 187–249). Jessica Kingley Publishers.
- Bronfenbrenner, U. (1989b). Who cares for children? <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000085655>
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. Em T. Husen & T. N. Postlethwaite (Eds.), *International encyclopedia of education* (2.ª ed., Vol. 3, pp. 1643–1647). Pergamon Press/Elsevier Science.

- Burnett, A. J., Ray, C., Lehto, R., Leppänen, M. H., Sajaniemi, N., Erkkola, M., & Roos, E. (2023). The role of parental congruence in pre-school children's screen time, moderated by parental education. *Acta Paediatrica*, 112 (7), pp. 1504–1510.
<https://doi.org/10.1111/apa.16782>
- Bustamante, J. C., Fernández-Castilla, B., & Alcaraz-Iborra, M. (2023). Relation between executive functions and screen time exposure in under 6 year-olds: A meta-analysis. *Computers in Human Behavior*, 145, 107739.
<https://doi.org/10.1016/j.chb.2023.107739>
- Byeon, H., & Hong, S. (2015). Relationship between television viewing and language delay in toddlers: Evidence from a Korea national cross-sectional survey. *PLoS ONE*, 10 (3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120663>
- Byrne, R., Terranova, C. O., & Trost, S. G. (2021). Measurement of screen time among young children aged 0–6 years: A systematic review. *Obesity Reviews*, 22 (8).
<https://doi.org/10.1111/obr.13260>
- Cain, C. M. (2024). Health Promotion of the Infant and Family. Em M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs (Eds.), *WONG's Nursing Care of Infants and Children* (12.^a ed., pp. 338–374). Elsevier.
- Caldeira, T., Santos, G., Pontes, E., Dourado, R., & Rodrigues, L. (2006). O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1 (37), pp. 1–4.
https://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/7/20080424151624_APP_Vol_37_N1_OR_Dia_Dia_Urgencia_Pediatrica.pdf
- Cartagena, D., Noorthoek, A., Wagner, S., & McGrath, J. M. (2012). Family-Centered Care and Nursing Research. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 12 (3), pp. 118–119.
<https://doi.org/10.1053/j.nainr.2012.06.009>
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22, pp. 1028–1062. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x>
- Cavaco, C. (2009). Experiência e formação experiencial: a especificidade dos adquiridos experienciais. *Educação Unisinos*, 13 (3), pp. 220–227.
<https://doi.org/10.4013/edu.2009.133.04>
- Center on the Developing Child at Harvard University. (2021). Three Principles to Improve Outcomes for Children and Families.

<https://developingchild.harvard.edu/resources/three-early-childhood-development-principles-improve-child-family-outcomes/>

- Chang, R. Y., Chen, T. L., Yeh, C. C., Chen, C. H., Wang, Q. W., Toung, T., & Liao, C. C. (2023). Risk of Obesity Among Children Aged 2–6 Years Who Had Prolonged Screen Time in Taiwan: A Nationwide Cross-Sectional Study. *Clinical Epidemiology*, 15, pp. 165–176. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S382956>
- Chindamo, S., Buja, A., DeBattisti, E., Terraneo, A., Marini, E., Gomez Perez, L. J., Marconi, L., Baldo, V., Chiamenti, G., Doria, M., Ceschin, F., Malorgio, E., Tommasi, M., Sperotto, M., Buzzetti, R., & Gallimberti, L. (2019). Sleep and new media usage in toddlers. *European Journal of Pediatrics*, 178 (4), pp. 483–490. <https://doi.org/10.1007/s00431-019-03318-7>
- Christakis, D. A., Benedikt Ramirez, J. S., Ferguson, S. M., Ravinder, S., & Ramirez, J. M. (2018). How early media exposure May affect cognitive function: A review of results from observations in humans and experiments in mice. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 115 (40), pp. 9851–9858. <https://doi.org/10.1073/pnas.1711548115>
- Christian, B. J. (2016). Translational Research - The Value of Family-Centered Care for Improving the Quality of Care for Children and their Families. *Journal of Pediatric Nursing*, 31 (3), pp. 342–345. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.03.001>
- Collière, M. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lidel.
- Corkin, M. T., Peterson, E. R., Henderson, A. M. E., Bird, A. L., Waldie, K. E., Reese, E., & Morton, S. M. B. (2021). The Predictors of Screen Time at Two Years in a Large Nationally Diverse Cohort. *Journal of Child and Family Studies*, 30 (8), pp. 2076–2096. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-01985-5>
- Correio, S. F. A. (2020). A importância da vigilância do neurodesenvolvimento na consulta de saúde infantil e juvenil em Portugal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 36 (2), pp. 215–220. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v36i2.12501>
- Costa, M., & Gonçalves, D. C. (2021). O Equilíbrio entre a Arte do Cuidar e a Enfermagem como Ciência, Uma Perspetiva Histórica. *Lusiadas Scientific Journal*, (2), pp. 62–64. <https://doi.org/10.48687/lcj.v2i2.58>

- Coyne, I., Holmström, I., & Söderbäck, M. (2018). Centeredness in Healthcare: A Concept Synthesis of Family-centered Care, Person-centered Care and Child-centered Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, pp. 45–56.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.001>
- Decreto-Lei n.º 65/2018. (2018). Procede à quinta alteração ao Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, alterado pelos Decretos-Leis n.º 107/2008, de 25 de junho, 230/2009, de 14 de setembro, 115/2013, de 7 de agosto, e 63/2016, de 13 de setembro, que aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República*, 1.ª série (n.º 157 de 16-08-2018), pp. 4147–4182.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Desmurget, M. (2021). *A fábrica de cretinos digitais: os perigos dos ecrãs para os nossos filhos* (1a). Contraponto Editora.
- Dingli, A., & Seychell, D. (2015). *The New Digital Natives: Cutting the Chord*.
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-46590-5>
- Diogo, P. (2017). Relação Terapêutica e Emoções: Envolvimento versus Distanciamento Emocional dos Enfermeiros. *Pensar Enfermagem*, 21 (1), pp. 20–30.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23716/1/Artigo%20%20Pages%20from%20PE21_1sem2017-2.pdf
- Diogo, P., & Baltar, P. (2014). Determinantes afetivos de cuidar da criança hospitalizada sem acompanhante - O trabalho emocional em enfermagem. Em C. Sequeira, J. C. Carvalho, & L. Sá (Eds.), *E-book - IV Congresso Internacional ASPESM - Padrões de Qualidade em Saúde Mental* (pp. 148–160). ASPESM.
<https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3555.7921>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Recomendações para um estilo de vida saudável e seguro. <https://www.dgs.pt/em-destaque/criancas-saudaveis-e-em-seguranca-dgs-lanca-novo-manual1.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*.
https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2016/12/Saude_Mental_e_Gravidez_primeira_infancia_Folheto_DGS_2005.pdf

Direção-Geral de Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>

Doyle, C. J., Post, H., Burney, R. E., Maino, J., Keefe, M., & Rhee, K. J. (1987). Family participation during resuscitation: An option. *Annals of Emergency Medicine*, 16 (6), pp. 673–675. [https://doi.org/10.1016/S0196-0644\(87\)80069-0](https://doi.org/10.1016/S0196-0644(87)80069-0)

Dube, N., Khan, K., Loehr, S., Chu, Y., & Veugelers, P. (2017). The use of entertainment and communication technologies before sleep could affect sleep and weight status: A population-based study among children. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14 (1). <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0547-2>

Ellis, J. A., Sharp, D., Newhook, K., & Cohen, J. (2004). Selling Comfort: A Survey of Interventions for Needle Procedures in a Pediatric Hospital for Pain Management Nursing. *Pain Management Nursing*, 5 (4), pp. 144–152.

<https://doi.org/10.1016/j.jpmn.2004.09.002>

Escobar, C., Silva, M., & Marques, S. (2019). Controlo da dor em Pediatria: a Experiência de utilização da mistura equimolar de protóxido de azoto e oxigénio em Pediatria. *Cadernos de Saúde*, 11, pp. 36–41.

<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.5304>

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2023). Documento Orientador da Unidade Curricular de Estágio com Relatório do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Fang, K., Mu, M., Liu, K., & He, Y. (2019). Screen time and childhood overweight/obesity: A systematic review and meta-analysis. *Em Child: Care, Health and Development* (Vol. 45, N.º 5, pp. 744–753). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/cch.12701>

Feldman, R., Eidelman, A. I., Sirota, L., & Weller, A. (2002). Comparison of Skin-to-Skin (Kangaroo) and Traditional Care: Parenting Outcomes and Preterm Infant Development. *Pediatrics*, 110 (1), pp. 16–26. <https://doi.org/10.1542/peds.110.1.16>

Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. A. (2010, março). Metodologia de Projecto: colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, pp. 1–37.

<http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf>

Fewtrell, M., Bronsky, J., Campoy, C., Domellöf, M., Embleton, N., Fidler Mis, N., Hojsak, I., Hulst, J. M., Indrio, F., Lapillonne, A., & Molgaard, C. (2017). Complementary Feeding.

Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 64 (1), pp. 119–132.

<https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001454>

Fitzpatrick, C., Almeida, M. L., Harvey, E., Garon-Carrier, G., Berrigan, F., & Asbridge, M. (2022). An examination of bedtime media and excessive screen time by Canadian preschoolers during the COVID-19 pandemic. *BMC Pediatrics*, 22 (1), 212.

<https://doi.org/10.1186/s12887-022-03280-8>

Franklin, Q., & Prows, C. A. (2017). Development and Genetic Influences on Child Health Promotion. Em Hockenberry: Wong's Essentials of Pediatric Nursing (10ª Ed., pp. 114–151). Elsevier.

Freitas, A. C., Moreira, A. R., Tomé, S., & Cardoso, R. (2016). Motivos de recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica. *Nascer e Crescer: Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto*, XXV (3), pp. 136–140. <http://hdl.handle.net/10400.16/1999>

Goldstein, J. (2012). Play in children's development, health and well-being.

Gomes, A. C. (sem data). Guia de Acolhimento ao aluno no SRPD. Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão.

Guerrero, M. D., Barnes, J. D., Chaput, J. P., & Tremblay, M. S. (2019). Screen time and problem behaviors in children: Exploring the mediating role of sleep duration. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 16 (1).

<https://doi.org/10.1186/s12966-019-0862-x>

Halpin, S., Mitchell, A. E., Baker, S., & Morawska, A. (2021). Parenting and Child Behaviour Barriers to Managing Screen Time With Young Children. *Journal of Child and Family Studies*, 30 (3), pp. 824–838. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01881-4>

Härkönen, U. (2007). The Bronfenbrenner ecological systems theory of human development. <https://www.sciepub.com/reference/185445>

Hesbeen, W. (1997). Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspetiva de Cuidar. Lusociência.

Hockenberry, M. (2024). Perspectives of Pediatric Nursing. Em M. Hockenberry, E. Duffy, & K. Gibbs (Eds.), *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12.ª ed., pp. 8–13). Elsevier.

Horowitz-Kraus, T., & Hutton, J. S. (2018). Brain connectivity in children is increased by the time they spend reading books and decreased by the length of exposure to

- screen-based media. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 107 (4), pp. 685–693. <https://doi.org/10.1111/apa.14176>
- Hu, R., Zheng, H., & Lu, C. (2021). The Association Between Sedentary Screen Time, Non-screen-based Sedentary Time, and Overweight in Chinese Preschool Children: A Cross-Sectional Study. *Frontiers in Pediatrics*, 9. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.767608>
- Hutton, J. S., Dudley, J., DeWitt, T., & Horowitz-Kraus, T. (2022). Associations between digital media use and brain surface structural measures in preschool-aged children. *Scientific Reports*, 12 (1). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-20922-0>
- Hutton, J. S., Dudley, J., Horowitz-Kraus, T., Dewitt, T., & Holland, S. K. (2020). Associations between Screen-Based Media Use and Brain White Matter Integrity in Preschool-Aged Children. *JAMA Pediatrics*, 174 (1). <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.3869>
- Institute for Patient- and Family-Centered Care. (sem data). Patient- and Family-Centered Care. Obtido 19 de Outubro de 2024, de <https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>
- Instituto de Apoio à Criança. (2017). Anotações à Carta da Criança Hospitalizada. www.each-for-sick-children.org
- Janssen, X., Martin, A., Hughes, A. R., Hill, C. M., Kotronoulas, G., & Hesketh, K. R. (2020). Associations of screen time, sedentary time and physical activity with sleep in under 5s: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 49. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2019.101226>
- Jolley, J., & Shields, L. (2009). The Evolution of Family-Centered Care. Em *Journal of Pediatric Nursing* (Vol. 24, N.º 2, pp. 164–170). <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2008.03.010>
- Karani, N. F., Sher, J., & Mophosho, M. (2022). The influence of screen time on children's language development: A scoping review. *South African Journal of Communication Disorders*, 69 (1). <https://doi.org/10.4102/sajcd.v69i1.825>
- Kokorelias, K. M., Gignac, M. A. M., Naglie, G., & Cameron, J. I. (2019). Towards a universal model of family centered care: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 19 (1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4394-5>

- Lan, Q. Y., Chan, K. C., Yu, K. N., Chan, N. Y., Wing, Y. K., Li, A. M., & Au, C. T. (2020). Sleep duration in preschool children and impact of screen time. *Sleep Medicine*, 76, pp. 48–54. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.09.024>
- Lauricella, A. R., Wartella, E., & Rideout, V. J. (2015). Young children's screen time: The complex role of parent and child factors. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 36, pp. 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2014.12.001>
- Li, C., Cheng, G., Sha, T., Cheng, W., & Yan, Y. (2020). The Relationships between Screen Use and Health Indicators among Infants, Toddlers, and Preschoolers: A Meta-Analysis and Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (19), 7324. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197324>
- Lin, Y.-M., Kuo, S.-Y., Chang, Y.-K., Lin, P.-C., Lin, Y.-K., Lee, P.-H., Lin, P.-H., & Chen, S.-R. (2021). Effects of Parental Education on Screen Time, Sleep Disturbances, and Psychosocial Adaptation Among Asian Preschoolers: A Randomized Controlled Study. *Journal of Pediatric Nursing*, 56, e27–e34. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.07.003>
- Lissak, G. (2018). Adverse physiological and psychological effects of screen time on children and adolescents: Literature review and case study. *Environmental Research*, 164, pp. 149–157. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2018.01.015>
- Livesley, J. (2005). Telling tales: a qualitative exploration of how children's nurses interpret work with unaccompanied hospitalized children. *Journal of Clinical Nursing*, 14, pp. 43–50. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00973.x>
- Lovett, P. B., Sule, H. P., & Lopez, B. L. (2014). Sickle cell disease in the emergency department. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 32 (3), pp. 629–647. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2014.04.011>
- Lowry, E. (2012). «It's Just What We Do»: A Qualitative Study of Emergency Nurses Working with Well-Established Family Presence Protocol. *Journal of Emergency Nursing*, 38(4), pp. 329–334. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2010.12.016>
- Lulgjuraj, D., & Maneval, R. E. (2021). Unaccompanied Hospitalized Children: An Integrative Review. *Journal of Pediatric Nursing*, 56, 38–46. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.10.015>

- Lv, B., Gao, X., Sun, J., Li, T., Liu, Z., Zhu, L. H., & Latour, J. M. (2019). Family-centered care improves clinical outcomes of very-low-birth-weight infants: A quasi-experimental study. *Frontiers in Pediatrics*, 7. <https://doi.org/10.3389/fped.2019.00138>
- Määttä, S., Kaukonen, R., Vepsäläinen, H., Lehto, E., Ylönen, A., Ray, C., Erkkola, M., & Roos, E. (2017). The mediating role of the home environment in relation to parental educational level and preschool children's screen time: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 17 (1), 688. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4694-9>
- Madden, E., & Condon, C. (2007). Emergency Nurses' Current Practices and Understanding of Family Presence During CPR. *Journal of Emergency Nursing*, 33 (5), pp. 433–440. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2007.06.024>
- Madigan, S., Browne, D., Racine, N., Mori, C., & Tough, S. (2019). Association between Screen Time and Children's Performance on a Developmental Screening Test. *JAMA Pediatrics*, 173 (3), pp. 244–250. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.5056>
- Madigan, S., McArthur, B. A., Anhorn, C., Eirich, R., & Christakis, D. A. (2020). Associations between Screen Use and Child Language Skills: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 174 (7), pp. 665–675. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.0327>
- Malheiro, I., & Cepêda, T. (2006). A criança com doença crónica - considerações sobre o atendimento. Em C. Funico & J. B. Soares (Eds.), *Acolhimento e estadia da criança e jovem no hospital* (1ª ed., pp. 62–65). Instituto de Apoio à Criança.
- Malta, H., Alves, N., Graça, P., Conde, T., & Costa, T. (2015). A Presença da Família Durante a Reanimação do Doente no Pré-Hospitalar e na Sala de Emergência: Uma revisão integrativa. *Interações: Sociedade e as novas modernidades*, 29, pp. 74–96. <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/384/399>
- Mardhiyah, A., Panduragan, S. L., & Mediani, H. S. (2022). Reducing Psychological Impacts on Children with Chronic Disease via Family Empowerment: A Scoping Review. Em *Healthcare (Switzerland)* (Vol. 10, Número 10). MDPI. <https://doi.org/10.3390/healthcare10102034>
- Martins, E., & Szymanski, H. (2004). A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 1, pp. 63–77. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revispsi/article/view/11111>

- Martins, M., Marques, R., Sousa, M., Valério, A., Cabral, I., & Almeida, F. (2020). Utilizadores Frequentes da Urgência Pediátrica: Conhecer, Intervir e Analisar - Um Estudo Piloto. *Acta Médica Portuguesa*, 33 (5), pp. 311–317.
<https://doi.org/10.20344/amp.12769>
- Martorell, G., Papalia, D., & Feldman, R. (2020). *O mundo da criança: da infância à adolescência* (14a). McGraw Hill Education.
- McPherson, M., Arango, P., Fox, H., Lauver, C., McManus, M., Newacheck, P. W., Perrin, J. M., Shonkoff, J. P., & Strickland, B. (1998). A New Definition of Children With Special Health Care Needs. *Pediatrics*, 102 (1), pp. 137–139.
<https://doi.org/10.1542/peds.102.1.137>
- Mekitarian, F. F. P., & Angelo, M. (2015). Presença da família em sala de emergência pediátrica: opiniões dos profissionais de saúde. *Revista Paulista de Pediatria*, 33 (4), pp. 460–466. <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2015.03.010>
- Mendes, M. G. S. R., & Martins, M. F. P. S. M. (06-03-2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Referência - Revista de Enfermagem*, III (6), pp. 113–121.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239965015>
- Monks, J., & Flynn, M. (2014). Care, compassion and competence in critical care: A qualitative exploration of nurses' experience of family witnessed resuscitation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30 (6), pp. 353–359.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.04.006>
- Montirosso, R., Tronick, E., & Borgatti, R. (2017). Promoting Neuroprotective Care in Neonatal Intensive Care Units and Preterm Infant Development: Insights From the Neonatal Adequate Care for Quality of Life Study. *Child Development Perspectives*, 11 (1), pp. 9–15. <https://doi.org/10.1111/cdep.12208>
- Moyles, J. R. (2006). *A excelência do brincar* (1.ª ed.). ARTMED Editora.
- Murdaugh, C. L., Parsons, M. A., & Pender, N. J. (2019). *Health promotion in nursing practice* (8ª ed.). Pearson Education, Inc.
- Neto, C. (2020). *Libertem as crianças: a urgência de brincar e ser ativo* (1.ª ed.). Contraponto.

- Netto, L., Silva, K. L., & Rua, M. dos S. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem. Escola Anna Nery, 22 (1). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0309>
- Noer, C., & Halpern, R. (2018). The pediatrician and the promotion of child development: optimizing the assessment. Residência Pediátrica, 8 (3), pp. 156–162. <https://doi.org/10.25060/residpediatr-2018.v8n3-12>
- Ofcom. (2019). Children and parents: media use and attitudes report 2018. <https://www.ofcom.org.uk/media-use-and-attitudes/media-habits-children/children-and-parents-media-use-and-attitudes-report-2019/>
- O'Malley, P. J., Brown, K., & Krug, S. E. (2008). Patient- and Family-Centered Care of Children in the Emergency Department. Pediatrics, 122 (2), e511–e521. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1569>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8898/regulamentopadrosqualidadecuidadosespecializadosenfermagensaudecriancajovem.pdf>
- Palha, C., Tavares, B., Morgado, D. L., Fonseca, D., Castro, J., & Castro, P. S. (2019). Influência das características familiares no tempo de ecrã em crianças até aos 18 meses de idade. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 35 (6), pp. 438–448. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v35i6.12541>
- Papalia, D., & Martorell, G. (2021). Desenvolvimento humano (14.ª ed.). McGraw Hill.
- Pearson, A., & Vaughan, B. (1998). Modelos para o Exercício de Enfermagem (1.ª edição). William Heinemann Medical Books.
- Pecker, L. H., & Darbari, D. S. (2019). Psychosocial and affective comorbidities in sickle cell disease. Neuroscience Letters, 705, pp. 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2019.04.011>
- Peixoto, N. M. S. M., & Peixoto, T. A. S. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. Revista de Enfermagem Referência, 4 (11), pp. 121–132. <https://doi.org/10.12707/RIV16030>

- Piskorz, J., & Czub, M. (2018). Effectiveness of a virtual reality intervention to minimize pediatric stress and pain intensity during venipuncture. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 23 (1). <https://doi.org/10.1111/jspn.12201>
- Ponti, M., Bélanger, S., Grimes, R., Heard, J., Johnson, M., Moreau, E., Norris, M., Shaw, A., Stanwick, R., Van Lankveld, J., & Williams, R. (2017). Screen time and young children: Promoting health and development in a digital world. *Paediatrics and Child Health (Canada)*, 22 (8), pp. 461–477. <https://doi.org/10.1093/pch/pxx123>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiros Especialista. IIª série (n.º 26 de 06-02-2019), pp. 4744–4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 422/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, IIª série (n.º 133 de 12-07-2018), pp. 19192–19194. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- Reyna-Vargas, M. E., Parmar, A., Lefebvre, D. L., Azad, M. B., Becker, A. B., Turvey, S. E., Moraes, T. J., Lou, W., Subbarao, P., Sears, M. R., Mandhane, P. J., & Narang, I. (2022). Longitudinal Associations Between Sleep Habits, Screen Time and Overweight, Obesity in Preschool Children. *Nature and Science of Sleep*, Volume 14, pp. 1237–1247. <https://doi.org/10.2147/NSS.S363211>
- Reynolds, R., Pilcher, J., Ring, A., Johnson, R., & McKinley, P. (2009). The Golden Hour: Care of LBW Infant During the First Hour of Life One Unit's Experience. *Neonatal Network*, 28 (4), pp. 211–219. <https://connect.springerpub.com/content/sgrnn/28/4/211>
- Rezai, M. S., Goudarzian, A. H., Jafari-Koulaee, A., & Bagheri-Nesami, M. (2016). The Effect of Distraction Techniques on the Pain of Venipuncture in Children: A Systematic Review. *Journal of Pediatrics Review*, In Press. <https://doi.org/10.17795/jpr-9459>
- Ribeiro, C., Mano, L., & Afonso, S. (2021). Uso de Ecrãs em Crianças Pequenas: Os Riscos para o Neurodesenvolvimento e Qualidade do Sono. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 7 (2), pp. 79–80. <https://doi.org/10.51338/rppsm.2021.v7.i2.222>
- Ribeiro, C. R., Moura, C. M., Sequeira, C., Barbieri, M. C., & Erdmann, A. L. (2015). Perceção de pais e enfermeiros sobre cuidados de Enfermagem em neonatologia:

- uma revisão integrativa. Referência - Revista de Enfermagem, 4 (4), pp. 137–146.
<https://doi.org/10.12707/RIV14023>
- Rideout, V. (2011). Zero to Eight Children's Media Use in America.
https://www.ftc.gov/sites/default/files/documents/public_comments/california-00325%C2%A000325-82243.pdf
- Rideout, V. (2013). Zero to Eight Children's Media Use in America 2013.
<https://www.common sense media.org/sites/default/files/research/report/zero-to-eight-2013.pdf>
- Rideout, V. (2017). The common sense census: Media use by kids age zero to eight.
https://www.common sense media.org/sites/default/files/research/report/csm_zero to eight_fullreport_release_2.pdf
- Rideout, V., & Robb, M. B. (2020). The common sense census: media use by kids age zero to eight.
https://www.common sense media.org/sites/default/files/research/report/2020_zero to eight census_final_web.pdf
- Roberts, C. A. (2010). Unaccompanied hospitalized children: A review of the literature and incidence study. *Journal of Pediatric Nursing*, 25 (6), pp. 470–476.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2009.12.070>
- Robinson, T. N., Banda, J. A., Hale, L., Lu, A. S., Fleming-Milici, F., Calvert, S. L., & Wartella, E. (2017). Screen Media Exposure and Obesity in Children and Adolescents. *Pediatrics*, 140(Supplement_2), S97–S101. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758K>
- Rocha, B., & Nunes, C. (2022). O uso de dispositivos eletrônicos por crianças dos 0 aos 5 anos de idade. *revistamultidisciplinar.com*, 4 (1). <https://doi.org/10.23882/MJ2268>
- Rocka, A., Jasielska, F., Madras, D., Krawiec, P., & Pac-Kozuchowska, E. (2022). The Impact of Digital Screen Time on Dietary Habits and Physical Activity in Children and Adolescents. *Nutrients*, 14 (14). <https://doi.org/10.3390/nu14142985>
- Rodrigues, D., Gama, A., Machado-Rodrigues, A. M., Nogueira, H., Silva, M.-R. G., Rosado-Marques, V., & Padez, C. (2020). Social inequalities in traditional and emerging screen devices among Portuguese children: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 20 (1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09026-4>

- Rokach, A. (2016). Psychological, emotional and physical experiences of hospitalized children. *Clinical Case Reports and Reviews*, 2 (4), pp. 399–401.
<https://doi.org/10.15761/ccrr.1000227>
- Rosa, E. M., & Tudge, J. (2013). Urie Bronfenbrenner's Theory of Human Development: Its Evolution from Ecology to Bioecology. *Journal of Family Theory & Review*, 5 (4), pp. 243–258. <https://doi.org/10.1111/jftr.12022>
- Rothstein, J. D., Buckland, A. J., Gagnier, K., Ochoa, M., Allen-Valley, A., Jivapong, B., Cabrera, L. Z., Leontsini, E., & Fisher, K. R. (2021). Assessing the play and learning environments of children under two years in peri-urban Lima, Peru: a formative research study. *BMC Public Health*, 21 (1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10119-3>
- Sakraida, T. J., & Wilson, J. (2018). Health Promotion Model. Em *Nursing theorists and their work* (9ª ed.). Elsevier.
- Salum, N. C., & Prado, M. L. (2014). A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de Enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23 (2), pp. 301–308. <https://doi.org/10.1590/0104-070720140021600011>
- Santos, T. P., & Sampaio, M. (2024). Recomendações da Sociedade Portuguesa de Neuropediatria para a utilização de ecrãs e tecnologia em idade pediátrica. <https://neuropediatria.pt/wp-content/uploads/Recomendacoes-SPNP-ecras-e-tecnologia-digital-2.pdf>
- Schug, S. A., Palmer, G. M., Scott, D. A., Alcock, M., Halliwell, R., & Mott, J. F. (2020). Acute Pain Management: Scientific Evidence (5.a). Australian and New Zealand College of Anaesthetists. <https://www.anzca.edu.au/resources/college-publications/acute-pain-management/apmse5.pdf>
- Semião, S., & Costa, P. (2021). *Filosofia dos Cuidados Pediátricos*.
- Serviço Nacional de Saúde. (sem data). Atendimentos por tipo de urgência hospitalar. Obtido 24 de Outubro de 2024, de https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/atendimentos-por-tipo-de-urgencia-hospitalar-link/table/?sort=urgencias_pediaticas&refine.tempo=2023%2F12

- Shonkoff, J. P. (2016). Capitalizing on Advances in Science to Reduce the Health Consequences of Early Childhood Adversity. *JAMA Pediatrics*, 170 (10), 1003-1007. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.1559>
- Sigman, A. (2017). Screen Dependency Disorders: a new challenge for child neurology. *Journal of the International Child Neurology Association*, 17 (119), pp. 1-13. <https://jicna.org/index.php/journal/article/view/jicna-2017-119>
- Silva, I. V., Reis, A. F., Palaré, M. J., Ferrão, A., Rodrigues, T., & Morais, A. (2015). Sick cell disease in children: Chronic complications and search of predictive factors for adverse outcomes. *European Journal of Haematology*, 94 (2), pp. 157-161. <https://doi.org/10.1111/ejh.12411>
- Singer, J. L. (1994). Imaginative play and adaptative development. Em J. H. Goldstein (Ed.), *Toys, play and child development* (p. 6). University of Cambridge.
- Smith, P. K. (2006). O brincar e os usos do brincar. Em A excelência do brincar (1.^a ed., pp. 25-38). ARTMED Editora.
- Smith, W. (2018). Concept Analysis of Family-Centered Care of Hospitalized Pediatric Patients. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, pp. 57-64. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.014>
- Souza, J. M., & Veríssimo, M. Ó. R. (2015). Child development: Analysis of a new concept. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23 (6), pp. 1097-1104. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0462.2654>
- Takaoka, K., Cyril, A. C., Jinesh, S., & Radhakrishnan, R. (2021). Mechanisms of pain in sickle cell disease. *British Journal of Pain*, 15 (2), pp. 213-220. <https://doi.org/10.1177/2049463720920682>
- Tezol, O., Yildiz, D., Yalcin, S., Oflu, A., Erat Nergiz, M., Caylan, N., Cicek, S., & Foto Ozdemir, D. (2022). Excessive screen time and lower psychosocial well-being among preschool children. *Archives de Pédiatrie*, 29 (1), pp. 61-66. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2021.10.003>
- Tonkin, A. (2023). Play at home and in the community. Em J. Whitaker & A. Tonkin (Eds.), *Play and health in childhood* (pp. 147-161). Routledge.
- Toronto, C. E., & LaRocco, S. A. (2019). Family perception of and experience with family presence during cardiopulmonary resuscitation: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 28 (1-2), pp. 32-46. <https://doi.org/10.1111/jocn.14649>

- Tuohy, D., McCarthy, J., Cassidy, I., & Graham, M. M. (2008). Educational needs of nurses when nursing people of a different culture in Ireland. *International Nursing Reviews*, 55, pp. 164–170. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2007.00600.x>
- Vaz, J., Alves, R., & Ramos, V. (2016). Vantagens da presença da família numa reanimação pediátrica ou em procedimentos dolorosos. *Enfermería Global*, 41, pp. 387–398.
- Weyandt, L. L., Clarkin, C. M., Holding, E. Z., May, S. E., Marraccini, M. E., Gudmundsdottir, B. G., Shepard, E., & Thompson, L. (2020). Neuroplasticity in children and adolescents in response to treatment intervention: A systematic review of the literature. *Clinical and Translational Neuroscience*, 4 (2). <https://doi.org/10.1177/2514183x20974231>
- Whitaker, J., & Tonkin, A. (2023). *Play and Health in Childhood*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003310648>
- Wilding, P. M. (2008). Reflective practice: a learning tool for student nurses. *British Journal of Nursing*, 17, pp. 720–724. <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2008.17.11.29644>
- Wong, C. L., Lui, M. M. W., & Choi, K. C. (2019). Effects of immersive virtual reality intervention on pain and anxiety among pediatric patients undergoing venipuncture: A study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 20 (1). <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3443-z>
- World Health Organization. (2002). Kangaroo mother care: a practical guide. <https://www.who.int/publications/i/item/9241590351>
- World Health Organization. (2018). Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf>
- World Health Organization. (2019). Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550536>
- Younas, A., & Quennell, S. (2019). Usefulness of nursing theory-guided practice: an integrative review. *Em Scandinavian Journal of Caring Sciences* (Vol. 33, N.º 3, pp. 540–555). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/scs.12670>

Zavotsky, K. E., McCoy, J., Bell, G., Haussman, K., Joiner, J., Marcoux, K. K., Magarelli, K., Mahoney, K., Maldonado, L., Mastro, K. A., Milloria, A., Tamburri, L. M., & Tortajada, D. (2014). Resuscitation team perceptions of family presence during CPR. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 36 (4), pp. 325–334.

<https://doi.org/10.1097/TME.0000000000000027>